# UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

ESCUELA DE PEDAGOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## IMPACTO DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA EN LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL I.M.S.S.

T E S I S

Q U E P R E S E N T A:

**MARIA DEL CARMEN CRUZ CHAVEZ**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADA EN PEDAGOGIA**

ASESOR: LIC. SUSANA GUADALUPE RODRÍGUEZ VELAZQUEZ

MEXICO, D.F. 2004

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**
**Tesis Digitales**
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*AGRADECIMIENTOS*

*A Dios, por darme la fuerza interior que me permite concluir esta etapa de mi vida y tener la esperanza de seguir adelante con nuevos proyectos, gracias.*

*A mis queridísimos Padres: Sonia de la Luz Chávez Ramos y Gregorio Cruz Bonilla, por su inagotable amor y apoyo, mil gracias.*

*A Laurita Ramos Ivón, mi abuelita, por ser un atlante en mi familia, lleno de fortaleza, de tenacidad, de valor y sobre todo de amor, quien me inspira a seguir su ejemplo en cada uno los actos de mi vida.*

*A mis queridos hermanos: Enrique, Miguel Ángel, Alfredo y Juan Carlos, por compartir su vida conmigo y saberme bendecida por tenerlos siempre cerca, gracias.*

*A mis grandes ángeles Sonia y Anís, por enseñarme con su partida el valor de la vida y con ello, a no desperdiciar ni un minuto de la mía, Gracias.*

*A mi Amor, Alfonso García Zebadúa, por compartir, disfrutar y apoyar mi proceso de titulación. Te amo, gracias.*

*A la UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MÉXICO y a mis maestros, especialmente a la Lic. Susana Guadalupe Rodríguez Velázquez, quien asesoró la elaboración de este trabajo de tesis y me inyectó el deseo firme de titularme y a la Lic. María Sandra Torres Sánchez quien con especial disposición lo dictaminó, por su valiosísima ayuda, a todos gracias.*

## ÍNDICE

## IMPACTO DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA EN LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL I.M.S.S.


**INTRODUCCIÓN** i

**CAPITULO I: ANTECEDENTES**

1.1 Antecedentes demográficos de México 2

1.2 Política de Población en México 4

1.3 Plan Nacional de Planificación Familiar en México 7

1.4 Semblanza de la Historia del I.M.S.S 8

1.5 Estructura del I.M.S.S. 10

1.6 Coordinación de Salud Reproductiva del I.M.S.S 15

1.7 El programa de Planificación Familiar del I.M.S.S. 17

1.7.1 Organización de la prestación de servicios en el ámbito urbano 17

1.7.2 Organización de la prestación de servicios en el ámbito rural 18

1.8 Enfoque de Riesgo Reproductivo 19

1.9 El papel de la Planificación Familiar en la prevención de la mortalidad materno infantil. 21

1.10 Beneficios en la salud materno-infantil a través de la aplicación del enfoque de riesgo 23

1.11 Evaluación operativa de la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo en la promoción y prestación de servicios de Planificación Familiar 24

1.12 Detección de necesidades de capacitación en Salud Reproductiva a los equipos de salud del I.M.S.S. 26

**CAPITULO II: CAPACITACIÓN, CONSTRUCTIVISMO Y APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO**

2.1 Capacitación 31

2.1.1 Pedagogía y Capacitación 35

2.2 Andragogía 37
2.3 Teorías del aprendizaje 45
2.3.1 Constructivismo 49
2.3.2 Aprendizaje Significativo 51
2.4 El Rol del Pedagogo 55
2.5 Enseñanza para un Aprendizaje Significativo 60

**CAPITULO III: CAPACITACIÓN EN RIESGO REPRODUCTIVO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

3.1 Círculo Experiencial de Aprendizaje 69
3.1.1 Técnicas de Enseñanza-Aprendizaje 79
3.2 Aplicación de la Capacitación, prueba piloto 93
3.3 La Capacitación y su extensión 95

**CAPITULO IV: IMPACTO DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA EN LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL I.M.S.S.**

4.1 Problema de investigación 102
4.2 Objetivos 103
4.3 Hipótesis 103
4.4 Variables 104
4.5 Tipo de estudio 105
4.6 Definición de los sujetos 106
4.6.1 Población derechohabiente 106
4.6.2 Muestra 106
4.7 Instrumento de medición 108
4.7.1 Descripción del instrumento 108
4.8 Ambiente de investigación 110
4.9 Procedimiento de investigación 110
4.10 Análisis de los datos 111
4.11 Interpretación de resultados 112
4.12 Limitaciones y sugerencias 127

Conclusiones
Propuestas
Bibliografía
Anexos

## INTRODUCCIÓN:

La salud se define como el equilibrio biológico, psicológico y social del individuo, por lo que la ausencia de enfermedades y un completo bienestar mental en ambientes sociales óptimos, propician el desarrollo integral del ser humano.

La salud constituye un factor de suma importancia para el desarrollo; más aún, en una sociedad que tiene como principios la justicia y la igualdad de sus miembros, en esencia, es un derecho para todos. Sin embargo, la salud no es resultado automático y espontáneo del desarrollo económico y social, para garantizarla se requiere de acciones concretas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos, en todos los ámbitos donde pueden estar expuestos a diversos riesgos.

En nuestro país la mortalidad general ha disminuido de manera importante con el uso de antibióticos y campañas de vacunación que cada vez tienen una cobertura casi total; sin embargo, la mortalidad materna y perinatal registra niveles similares a la de países subdesarrollados o en desarrollo.

Por lo anterior, específicamente analizaremos a la Salud Reproductiva que se refiere a todos los eventos que se relacionan con la reproducción humana, que involucra a la pareja y sus hijos; desde el punto de vista de la salud, interesan los efectos que el proceso de la reproducción pueda tener sobre la salud física de la mujer y de sus futuros hijos, así como el impacto en el ámbito biopsicosocial de la pareja y de la familia como un todo. Algunos de los efectos más significativos en la salud física de la mujer o de sus hijos, están íntimamente relacionados con las condiciones de salud, sociales, culturales y económicos en las que se desarrolla la pareja y sus descendientes; dos aspectos fundamentales destacan; el nivel de escolaridad y algunos aspectos relacionados con los antecedentes generales y obstétricos de la madre.

Con relación a la escolaridad, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre la dinámica demográfica (ENADID), se establece que las mujeres sin escolaridad, tienen un hijo más que las que tienen primaria y, que las mujeres que han cursado el bachillerato o más tienen 3 hijos menos que las que cursaron primaria completa, por lo que, es mayor el riesgo de sufrir daño, lesión o muerte a causa de una gestación, en aquellas con menor escolaridad.

Por lo que respecta a los antecedentes generales y obstétricos, se observa que la mortalidad materna y perinatal es mayor en las edades extremas de la vida reproductiva y se incrementa a mayor número de gestaciones; así mismo, los equipos de salud formados por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes médicas encargados de llevar a cabo la vigilancia prenatal, la atención del evento obstétrico y vigilar el puerperio, no dan prioridad a las mujeres jóvenes o añosas y multíparas por lo que muchas de las muertes en esos grupos fueron evitables; de acuerdo con la investigación realizada por la Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, A.C. (AMIDEM) cuyo reporte fue plasmado en la guía didáctica sobre muerte materna.

Se considera que la Capacitación es importante en cualquier organización humana, ya que su objetivo principal es proporcionar conocimientos en los aspectos del trabajo y propiciar que las personas desempeñen mejor la actividad que realizan, optimicen los recursos de que disponen y logren con dicha actividad, tener impacto cuantitativo y cualitativo mayor.

En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, considerado como vanguardista en cuanto a su organización y desarrollo en el área de salud, de acuerdo con la investigación realizada por la Academia Mexicana en Demografía Médica, A.C: (AMIDEM) antes referida; se observó que los niveles de la muerte materna no correspondían al nivel de la propia institución; así mismo, a partir de una investigación operativa, llevada a cabo por la Coordinación de Salud Reproductiva, se pudo determinar por una parte, que su personal aun siendo muy calificado, requería de capacitación para proporcionar servicios de mayor calidad, lo cual tendría un impacto favorable respecto de la salud de su población.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el concepto de Riesgo Reproductivo de las mujeres en edad fértil, se define como el aumento de la posibilidad que tienen tanto la mujer como su futuro hijo, de sufrir enfermedad, lesión o muerte en el caso de presentarse el embarazo en presencia de ciertos factores; por lo que la previsibilidad de la muerte materna se concretó a través de la indicación médica de la metodología anticonceptiva, para la prevención de embarazos con presencia de factores de riesgo reproductivo.

Por lo anterior, en este trabajo el objetivo que se persigue es mostrar la interrelación directa que tuvo el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de la capacitación de los recursos humanos del I.M.S.S. en el conocimiento de factores de Riesgo Reproductivo y su aplicación en la prevención de los daños a la salud materno infantil, así como la revisión del sustento teórico de la capacitación fundamentado en los siguientes aspectos: psicológico, enmarcado en la concepción constructivista que orienta a discernir la formación del conocimiento en el ser humano y el pedagógico que refiere al aprendizaje significativo como el que permite que el conocimiento sea parte de un proceso con sentido experiencial que conduce al individuo a construir significados que modifican la percepción de una situación determinada.

Los materiales didácticos utilizados y el proyecto de capacitación de los equipos de salud, fueron diseñados por la Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, A.C. (AMIDEM), con la participación de funcionarios del Instituto Mexicano del Seguro Social y de expertos en el área de 10 países del continente, a saber: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Dominicana, Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Salvador y Venezuela, participantes durante el año de 1988 en los talleres latinoamericanos sobre salud, riesgo reproductivo y planificación familiar; el sistema de información y evaluación de este proyecto quedó a cargo de la que suscribe éste trabajo de tesis.

Para la elaboración del trabajo de tesis, se seleccionó como universo de estudio a las unidades médicas del Distrito Federal; de ellas, se consideró a aquellas donde se llevó a cabo la capacitación de los equipos de salud, las que representan una

muestra del total de las que existen en este estado del país; por lo tanto, los alcances del estudio son representativos de la ciudad capital.

Con el propósito de hacer comprensible este estudio, se desarrolla un análisis descriptivo del proceso evolutivo de lo que inicialmente fueron acciones de protección anticonceptiva, posteriormente un programa de Planificación Familiar con enfoque socio-demográfico y la intención del I.M.S.S. de practicar un programa médico preventivo sobre Salud Reproductiva que tenga también un efecto secundario en el ámbito demográfico.

Por lo anterior, en este trabajo se hace una descripción sobre los antecedentes demográficos que se produjeron, la necesidad de desarrollar las actividades de capacitación, la política de población y el Plan Nacional de Planificación Familiar.

Así mismo, con el propósito de situar el ámbito del estudio, se hace una semblanza del I.M.S.S., su estructura con énfasis en el área médica y particularmente en la Coordinación que tiene a su cargo la normatividad del programa y la organización de las prestaciones médicas y de comunicación educativa.

Se establecen también las relaciones sobre salud y Planificación Familiar que dan sustento al papel de la planificación familiar y a la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo en la prevención de los daños a la salud y la detección de necesidades de capacitación y el desarrollo del modelo de capacitación, motivo fundamental de este estudio.

El capítulo relativo a la metodología del estudio plantea objetivos, hipótesis, variables de estudio, sus definiciones, los instrumentos de medición utilizados, el procedimiento para su aplicación y un breve análisis estadístico en el cual se destaca por una parte el alto grado de comprensión que tuvo entre los equipos de salud la capacitación y su aplicación en la promoción y en la prestación de los servicios respectivos lo cual sin duda, traerá beneficios en la salud individual de madres y niños y colectiva en el ámbito de estas familias.

# CAPITULO I

# ANTECEDENTES

## 1. ANTECEDENTES

### 1.1 ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS EN MEXICO

En el caso de México es evidente que la conquista española produjo en México un desastre demográfico sin precedentes, afectado también por problemas económico-sociales. Una población nativa estimada en más de 20 millones de habitantes, en 1519, se redujo a menos de 2 millones al finalizar el siglo XVI y a 1,075,000 habitantes en 1605, debiendo transcurrir cuatro siglos para tener una población similar de 19,653,552 habitantes en 1940.[1]

A partir de 1940 el crecimiento de la población se aceleró y las cifras censales registraron 48,225,238 habitantes en 1970, duplicándose para el año 2000 con 97483 412 habitantes.

Respecto del crecimiento natural de la población, "la evolución seguida por la mortalidad y la fecundidad provocó primero una aceleración gradual de la tasa respectiva que paso de 2.3 por ciento en 1930 a 2.9 en 1950 y a 3.5 en 1965. a partir de este último año la dinámica demográfica empezó a desacelerarse gradualmente, registrando una tasa de 3.3 por ciento en 1970, de 2.6 en 1985 y 1.7 en el 2000; después de un largo proceso, la población mexicana ingresó al nuevo milenio con una tasa semejante a la de 70 años atrás, aunque con una cantidad de habitantes seis veces mayor".[2]

La fecundidad ha sido el principal determinante del cambio demográfico, "este proceso comenzó a mediados de la década de los sesenta, poco después de alcanzar su nivel máximo histórico de 7.3 hijos promedio por mujer. A semejanza de otros países, la disminución ocurrió primero entre las mujeres de estratos más prósperos y educados y entre las residentes en las principales ciudades. Sin embargo, fue a partir de 1974, a raíz del cambio en la política de población, cuando

---

[1] AGUIRRE BELTRÁN. La población negra de México 1519-1810. Fuente Cultural, México. 1985.
[2] PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, México, 2001, P.20

las prácticas de planificación familiar empezaron a difundirse y generalizarse, dando lugar a una genuina y silenciosa revolución demográfica. Así la fecundidad registró un promedio de 5 hijos por mujer en 1978, cayó a 4 hijos en 1985 y en la actualidad es de 2.4 hijos".[3]

Los efectos de la revolución demográfica en México se evidencian en que "además de los cambios en su tamaño, dinámica y distribución territorial, la población mexicana experimentó a lo largo del siglo XX importantes transformaciones en su estructura por edad. La etapa de despegue y de rápido crecimiento dio origen a un proceso de rejuvenecimiento demográfico que se expresó en un ensanchamiento de la base de la pirámide poblacional.

Baste señalar que entre 1930 y 1970 el grupo de menores de 15 años de edad multiplicó su tamaño inicial alrededor de 3.5 veces (al pasar de poco más de 6 a 22 millones de personas) y su peso relativo respecto a la población total aumentó de 39 a 46 por ciento. En contraste, el segmento de entre 15 y 64 años creció cerca de 2.5 veces en ese mismo lapso (de casi 10 a 24 millones de personas) aunque su participación en la población total disminuyó de 58 a 50 por ciento.

Esta dinámica de crecimiento diferenciada de ambos grupos de edad provocó un aumento de la carga de dependencia juvenil, que pasó de 68 a 92 menores de 15 años por cada 100 personas en edad laboral, entre 1930 y 1970."[4]

"Con la caída de la fecundidad se inició un proceso gradual de estrechamiento de la base de la pirámide de población y el desplazamiento de generaciones numerosas (resultado del alto crecimiento demográfico del pasado) hacia edades centrales. Así, entre 1970 y 2000, la población de menores de 15 años de edad aumentó alrededor de 50 por ciento (de 22 a 33 millones de personas), mientras que el grupo de 15 a 64 años de edad multiplicó su tamaño inicial poco menos de 2.5 veces (de 24 a 58

[3] Idem.
[4] Ibid. p. 21

millones). Como consecuencia, la razón de dependencia disminuyó entre 1970 y 2000 de 92 a 56 menores de 15 años por cada 100 personas en edad de trabajar".[5]

"La dinámica demográfica de la población de menores de 15 años contribuyó a atenuar gradualmente la presión sobre los servicios educativos y de salud y abrió nuevas oportunidades para ampliar su cobertura, aun en un contexto de reducción presupuestal".[6]

## 1.2 POLITICA DE POBLACIÓN EN MEXICO

El contexto histórico en el cual se han desarrollado los fenómenos demográficos de México, ha tenido como denominador común, hasta períodos muy recientes, el requerimiento de una población numerosa, la Ley General de Población promulgada el 27 de diciembre de 1947, muestra claramente esta tendencia pronatalista en los artículos relativos a los problemas demográficos, según los siguientes términos:

Artículo primero. "Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Gobernación, dictar o promover en su caso, las medidas adecuadas para resolver los problemas demográficos nacionales". Artículo cuarto, establece que "El aumento de la población debe procurarse: por el crecimiento natural y por la inmigración". Artículo quinto, "Para activar el crecimiento natural se dictarán o promoverán, de acuerdo con las resoluciones del Consejo Consultivo de Población, las medidas adecuadas al fomento de los matrimonios y al aumento de la natalidad". Cabe recordar en este aspecto, la promoción con apoyo oficial de concursos nacionales que se llevaban a cabo en el país para premiar a la madre más prolífica.

Respecto a la inmigración, en el artículo séptimo de la Ley General de Población de 1947, se ordena que "Se facilite la inmigración colectiva de los extranjeros sanos de buen comportamiento y que sean fácilmente asimilables a nuestro medio, con beneficio para la especie y para la economía del país".

---

[5] Idem
[6] Idem

En el primer Congreso Demográfico Interamericano, celebrado en México en 1943, fue planteada la necesidad de estudiar las tendencias de la población y sus relaciones con aspectos económicos y sociales del desarrollo, sin embargo fue hasta la tercera reunión de las Naciones Unidas sobre comercio y desarrollo, realizada en Santiago de Chile en 1972, en la cual el presidente de México expuso la conveniencia de un crecimiento más lento alejándose así de la tradicional posición oficial y lo expuso en su tercer informe de gobierno del 1° de Septiembre de 1973, junto con el anuncio de enviar al Poder Legislativo un proyecto de adiciones y reformas a la Ley General de Población.

Los cambios jurídicos más importantes, relacionados con la política de población, aprobada por el Poder Legislativo durante el año de 1973, pueden resumirse en los siguientes instrumentos:

A.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.-

Artículo 4° "El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia". "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos".

(cita: diario oficial del día 31 de diciembre de 1973)

B.- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.-

Se derogó el artículo 24 del Código anterior, relativo a la prohibición para hacer propaganda sobre productos anticonceptivos y su venta.

(cita: publicado en el diario oficial del 13 de Marzo de 1973)

C.- Ley General de Población.-

En la iniciativa de Ley General de Población enviada por el presidente de la República en Septiembre de 1973, se plantea la necesidad de "Una política demográfica adecuada para la época y las necesidades actuales, que se oriente a crear mejores condiciones de vida y nivel de empleo y a distribuir más

justamente el ingreso", para lo cual surgió el Reglamento respectivo, en donde se expresan en forma amplia y detallada, disposiciones acerca de la política de población, sobre planificación familiar, sobre la familia, la mujer y grupos marginados y sobre la distribución de la población.

En resumen, de los ordenamientos legales antes descritos puede decirse que la planificación familiar, es un derecho establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el título de garantías individuales, excluyendo la aplicación de medidas de carácter obligatorio y compulsivo y que, por otra parte, la ubica en el contexto de las políticas de bienestar social, actuando fundamentalmente en los campos de la salud, la educación, la capacitación y la protección de la familia, y particularmente de la madre y el niño.

Un cambio más en la política de población se observa en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, donde se establece el enfoque integral, que propicia la mentalidad de intensificar el espíritu de previsión y planeación en las familias, así como el afán de igualdad entre sus miembros, especialmente en cuestiones de género, que fomenta una alta valoración parental de los hijos y extiende y arraiga una cultura demográfica sobre las repercusiones de la población en el medio ambiente y en el desarrollo.

Con base en los principios básicos de la política de población, las acciones institucionales de planificación familiar y salud reproductiva, están dirigidas a asegurar el acceso de las personas de todos los grupos sociales y regiones del país a dichos servicios, incluidas la información y orientación suficiente y adecuada en la materia. Por esta vía, la planificación familiar propicia una actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar la salud materno-infantil; ayuda a prevenir los embarazos no deseados y de alto riesgo, el aborto y las enfermedades de transmisión sexual; fomenta entre la población una cultura de salud; y coadyuva a disminuir los niveles de fecundidad y, en consecuencia, a desacelerar el ritmo de crecimiento natural de la población del país.

## 1.3 PLAN NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR

Al inicio del año de 1977, el Ejecutivo Federal tomó la decisión política de darle carácter prioritario a las actividades de planificación familiar y constituyó la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar.

El Plan Nacional de Planificación Familiar diseñado por la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar el mismo año de su creación, en forma conjunta con las instituciones del Sector Salud, tuvo como base el diagnóstico de la situación demográfica del país, la evaluación de las actividades de Planificación Familiar realizadas previamente por las dependencias oficiales y la estimación de las correspondientes al sector privado, considerándose en este caso el consumo comercial observado en los productos anticonceptivos.

Uno de los elementos fundamentales del diseño fue el establecimiento de metas precisas, sin las cuales las fases de ejecución, evaluación y rediseño adolecerían de bases objetivas, en este sentido, el Plan Nacional de Planificación Familiar partió de un hecho sin precedente, el establecimiento de metas demográficas a corto, mediano y largo plazos; es decir, reducir la tasa de crecimiento natural de la población de 3.2 por ciento estimada para el año de 1976, al 2.5 por ciento en 1982; al 1.9 por ciento en 1988; al 1.4 por ciento en 1994, para llegar al 1.0 por ciento en el año 2000.

De acuerdo con las metas demográficas nacionales, se definieron las metas de usuarias activas requeridas para lograr el impacto demográfico deseado, para la primera etapa del plan; es decir, para los años de 1977 a 1982, éstas fueron de alrededor de 4.5 millones de usuarias, de ellas, el Sector Salud debería proteger a 3'452,200, correspondiéndole al I.M.S.S el 62.5 por ciento de la meta del sector.

Es necesario señalar que de acuerdo con el Programa Nacional de Población 1995-2000, las metas demográficas fueron modificadas, estableciéndose para el final del siglo una tasa de crecimiento natural de 1.75 por ciento y de 1.45 para el año 2005;

así mismo, se establece en dicho programa la meta de usuarias activas de métodos anticonceptivos de 12.6 y 14.8 millones para esos años.[1]

### 1.4 SEMBLANZA DE LA HISTORIA DEL I.M.S.S.

El 5 de Febrero de 1917 se promulgó la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, en donde se formulan por primera vez en toda América los principios de la seguridad social. El artículo 123 constitucional, en su fracción XXIX, estipulaba lo siguiente "Se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual tanto el Gobierno Federal, como el de cada estado deberán fomentar la organización de instituciones de ésta índole para infundir e inculcar la previsión popular".

En Agosto de 1929, se reformó el artículo 123 en los siguientes términos: " Se considera de utilidad pública la expedición de la ley del Seguro Social y ella comprenderá: seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros, con fines análogos".

En 1931 se promulgó la Ley Federal del Trabajo y a partir de entonces va delineándose el contenido de lo que sería la Ley del Seguro Social.

En la segunda mitad de la década de los treinta, el presidente Lázaro Cárdenas inició cambios fundamentales en el país, especialmente en la industria, la agricultura y los ferrocarriles; se expropió la industria petrolera, se dieron los principios de sustentación para crear y organizar las grandes centrales obreras y campesinas y se determinaron los aspectos básicos para la expedición de una ley del Seguro Social.

---

[1] Consejo Nacional de Población (CONAPO). Programa Nacional de Población 1995-2000. México, 1995.

El 2 de junio de 1941, mediante acuerdo del entonces presidente de la República, general Manuel Ávila Camacho, se creó una Comisión Técnica para elaborar el proyecto de Ley del Seguro Social.

Dicho proyecto fue aceptado por el Congreso de la Unión el 23 de Diciembre de 1942, y el 19 de Enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial el decreto que establece la obligatoriedad y observancia de la Ley del Seguro Social.
Durante 1943, el Instituto Mexicano del Seguro Social se dedicó a proponer, con base en varios estudios, las características y condiciones de la apertura de sus servicios. Los 207 empleados, integrados en cuatro departamentos: Afiliación y Estadística, Servicios Médicos, Legal y Estudios Económicos, Contabilidad y Caja, cuya nómina ascendió a menos de 500 mil pesos en todo el año de 1943, se esforzaron por cumplir apasionadamente con las funciones a ellos encomendadas, bajo la dirección del licenciado Vicente Santos Guajardo.

El 3 de Enero de 1944 el Licenciado Ignacio García Téllez tomó posesión del cargo de Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social y el 6 de Enero de 1944 se hizo del conocimiento público la obligatoriedad definitiva del Seguro Social, y se inició la implantación de servicios, primero en el Distrito Federal y posteriormente en el resto del país.

Según la Ley, el Seguro Social es el instrumento Básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, y al I.M.S.S. se encarga su organización y administración.

Dicho precepto normativo vigente hasta la fecha, establece también que la Seguridad Social tiene como objetivo principal garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

## 1.5 ESTRUCTURA DEL I.M.S.S.

De acuerdo con la ley, el Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo público descentralizado, con personal y patrimonio propios, cuyos órganos superiores son: la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y la Dirección General.

El reglamento de organización interna publicado en julio de 2003 establece a la asamblea General, como autoridad suprema, está integrada por treinta miembros, designados a partes iguales por el Ejecutivo Federal, por las organizaciones patronales y por las organizaciones de trabajadores por lo que se le denomina tripartita.

El mismo instrumento señala al Consejo Técnico como el órgano superior de gobierno, así como representante legal y administrativo del Instituto, se integra hasta por doce miembros propietarios y sus correspondientes suplentes, cuatro del Estado, entre los cuales estarán siempre el Secretario de Salud y el Director General, presidiendo éste último el consejo técnico; cuatro de las organizaciones patronales y cuatro de las organizaciones de los trabajadores.

"Los integrantes de la Comisión de Vigilancia serán designados y removidos por la Asamblea General a propuesta de los sectores representativos que la constituyen, y durarán en su cargo el tiempo que la propia ley establece en el artículo 50" [8]

La Dirección General está apoyada por la Dirección de Inversiones Financieras, la Unidad de Vinculación Institucional, la Secretaría General y los siguientes órganos normativos: Direcciones de Prestaciones Médicas, Prestaciones Económicas y Sociales, Incorporación y Recaudación, Planeación y Finanzas, Administración y Calidad, Desarrollo de personal y Organización, Jurídica, Innovación y desarrollo

[8] Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) Reglamento de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 2003, p.28

Tecnológico y las Coordinaciones Generales de Comunicación Social, IMSS Oportunidades y de Atención y Orientación al derechohabiente.

La Dirección de Prestaciones Médicas integra a las Coordinaciones de Planeación y Desarrollo, Salud Pública, Salud en el Trabajo, Atención Médica, de Unidades de Alta Especialidad, Educación en Salud, Investigación en Salud y Salud Reproductiva, ésta última desarrolla las actividades de Planificación Familiar sobre las cuales se desarrolló este trabajo de tesis.

La administración del I.M.S.S. se rige por una regionalización del país, a cada una de éstas se le denomina Dirección Regional y son unidades administrativas responsables de la coordinación y apoyo de las delegaciones, que son las directamente responsables de la operación de los servicios institucionales; existen cuatro en el Distrito Federal y 32 en los estados de la República, de acuerdo con la circunscripción territorial determinada por el artículo 159.

En cada una de las delegaciones se cuenta con una Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas, apoyada por las Coordinaciones Delegacionales de Salud Pública, Salud en el Trabajo, Atención Médica, Educación en Salud e Investigación en Salud y Salud Reproductiva, mas un departamento responsable del manejo de la información médica.

El otorgamiento de los servicios médicos, se rige por una estructura que diferencia tres niveles de atención, agrupados en zonas de servicios médicos, integrados como sigue:

PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA: existen Unidades de Medicina Familiar (UMF), cuya actividad básica es llevar a cabo los programas médico-preventivos, de promoción de la salud y de asistencia médica, con el apoyo de laboratorio y gabinete.

El modelo de atención a la salud que el Instituto ha desarrollado es de carácter integral, con base en la prevención, curación y la rehabilitación. Sin embargo, el énfasis principal siempre ha sido el de la curación, es decir, la atención del daño y no

su prevención, lo que aunado a la transición demográfica y epidemiológica se ha traducido en elevados gastos de atención médica y en coberturas e impactos limitados para las acciones de carácter preventivo.

Para dar respuesta a la problemática antes mencionada, el Instituto diseñó y consensó la estrategia PREVENIMSS durante 2001, y la implementó y puso en operación durante 2002. Se trata de una estrategia de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad: niños (menores de 10 años) adolescentes (de 10 a 19 años) mujeres (de 20 a 59 años) hombres (de 20 a 59 años) y adultos mayores (de 60 y más años).

La definición de estos grupos y el contenido de los programas de salud correspondientes, se hizo con base en la transición demográfica y epidemiológica, y en el cambio de enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales.

NIÑOS:

- Promoción de la salud
- Nutrición
- Prevención y control de enfermedades
- Identificación oportuna de enfermedades
- Salud bucal
- Cartilla de Vacunación

ADOLESCENTES:

- Actividad física
- Prevención de accidentes
- Prevención de violencia

- Salud bucal
- Prevención de adicciones
- Sexualidad y salud sexual
- Alimentación
- Detección y control de sobrepeso y obesidad
- Desparasitación intestinal
- Vacunación
- Dotación de condones
- Prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual
- Defectos visuales y auditivos
- Defectos posturales
- Salud reproductiva

MUJERES:

- Educación para el cuidado de la salud
- Actividad física
- Salud bucal
- Sexualidad
- Prevención de adicciones
- Prevención de accidentes
- Prevención de violencia familiar
- Alimentación
- Detección y control de sobrepeso y obesidad
- Detección de anemia
- Prevención de SIDA e infecciones de trasmisión sexual
- Prevención de tuberculosis
- Cáncer de mama
- Cáncer cérvico uterino
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial

- Salud reproductiva
- Cuidados durante el embarazo
- Atención del climaterio y prevención de las complicaciones de la menopausia
- Vacunación

HOMBRES:

- Educación para el cuidado de la Salud
- Actividad Física
- Salud Bucal
- Sexualidad
- Prevención de adicciones
- Prevención de accidentes
- Prevención de la violencia
- Alimentación
- Vacunación
- Prevención del VIH-SIDA e infecciones de transmisión sexual
- Prevención de Tuberculosis
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión arterial
- Obesidad

ADULTOS MAYORES DE 59 AÑOS:

- Educación para el cuidado de la salud
- Actividad física
- Salud bucal
- Prevención de accidentes
- Prevención de violencia familiar
- Sexualidad

- Enfermedad prostática
- Detección y control de desnutrición, sobrepeso y obesidad
- Vacunación
- Prevención de tuberculosis
- Atención de la post-menopausia
- Cáncer de mama
- Cáncer cérvico-uterino
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión arterial

SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA: está constituido por Hospitales Generales de Zona, los cuales son de concentración de las Unidades de Medicina Familiar del área de influencia de los mismos, disponiéndose en ellos de las especialidades de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, apoyadas por un servicio de urgencias; es necesario destacar que existen algunos Hospitales Generales Regionales (HGR) con las mismas características que los de zona, únicamente que reciben derechohabientes de más de una zona de servicios médicos y en ocasiones apoyan por su ubicación a más de una delegación.

TERCER NIVEL DE ATENCION: las zonas están apoyadas por unidades de tercer nivel de atención, existen Hospitales de especialidad como los de Cardiología, Pediatría y Traumatología, entre otros y Hospitales de especialidades donde se brindan servicios de Gastroenterología, Urología, Endocrinología ó Cirugía General, mismos que están ubicados geográficamente en los diez polos de desarrollo, que el I.M.S.S. ha implementado.

### 1.6 COORDINACION DE SALUD REPRODUCTIVA.

A partir de la aprobación del Plan Nacional de Planificación Familiar por el Presidente de la República en Noviembre de 1977, el H. Consejo Técnico del I.M.S.S. autorizó la transformación del Departamento de Planificación Familiar de la Jefatura de

Servicios de Medicina Preventiva, en Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. ahora Coordinación de Salud Reproductiva, con dependencia directa de la Dirección de Prestaciones Médicas, dedicada a adecuar los patrones reproductivos de la población derechohabiente, a las necesidades propias de cada pareja y a cubrir las metas establecidas en el Programa Nacional de Población, la cual tiene como objetivo decidir, diseñar, ejecutar, informar, evaluar y rediseñar el conjunto de acciones a realizar en el tiempo y en el espacio que conforman el programa de Salud reproductiva; es decir, hace lo necesario por la Salud Reproductiva de la población que demanda este servicio.

Su estructura fue resultante de un proceso de análisis que comprendió los siguientes aspectos: el sentido mismo de la planificación familiar en tres dimensiones fundamentales que son la salud, la demografía y el desarrollo familiar y comunitario: así como, los objetivos en el ámbito familiar y social de la planificación familiar y las políticas generales para el desarrollo de estas actividades en sus perspectivas de acción multidisciplinaria y de su ejecución coordinada (organigrama 1).

La Coordinación de Salud Reproductiva está integrada por 3 divisiones, a saber. Planificación Familiar, Salud Materna y de Estudios Socio-demográficos. Las atribuciones de estos órganos son relativas a la normatividad sobre la programación, ejecución, información y evaluación de estas actividades, así como de apoyo técnico, capacitación y promoción en la materia.

Al nivel delegacional, la estructura está integrada por un coordinador en salud reproductiva, apoyado por una asesora de enfermería y personal administrativo.

En unidades médicas, el desarrollo del programa de salud reproductiva, recae en el director y cuerpo de gobierno de la propia unidad, únicamente existe recurso directo en los hospitales con atención gineco-obstétrica, con una subjefe de enfermería

responsable de la promoción y vigilancia de la protección anticonceptiva post evento obstétrico.

### 1.7 EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL I.M.S.S.

El programa de Planificación Familiar Institucional a cargo de la Coordinación de Salud Reproductiva, se subdivide en dos grandes capítulos, el relativo al ámbito urbano desarrollado por la estructura médica de Seguridad Social y en el ámbito rural por la estructura institucional y comunitaria de IMSS-Oportunidades.

### 1.7.1 ORGANIZACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL AMBITO URBANO

Inicialmente la prestación de los servicios se llevó a cabo por equipos específicos encargados de la promoción y la protección anticonceptiva fundamentalmente en unidades de consulta externa, con grandes volúmenes de adscripción, es decir, con más de 60,000 derechohabientes, llevándose a cabo anticoncepción quirúrgica en centros médicos del tercer nivel.

Posteriormente inicia un proceso de horizontalización en los servicios de planificación familiar, donde el sistema médico familiar es el encargado de llevar a cabo la promoción y la protección anticonceptiva de la población y a los equipos específicos donde éstos existían, se les encargó actividades de capacitación de los miembros de los equipos de salud, protección anticonceptiva en casos de rechazo o reacciones secundarias al uso de algún método.

Actualmente se realizan actividades específicas en tres áreas:

EDUCATIVA:

- Se realizan actividades de educación para la salud de la población en general y en particular sobre la reproducción.

PROMOCION:

- Se promueve el concepto de salud reproductiva de acuerdo a las necesidades de la población, los temas son: orientación sexual, embarazo, parto, puerperio, riesgo reproductivo, protección anticonceptiva, enfermedades del tracto reproductivo y enfermedades de transmisión sexual, con énfasis en VIH Sida.

PROTECCIÓN:

- Valoración de riesgo reproductivo.- Identificación y valoración de factores de riesgo reproductivo en todas las mujeres en edad fértil sin importar su condición reproductiva, ponderación y valoración de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas.
- Protección anticonceptiva.- Con base en la valoración médica.

Las actividades de promoción y protección anticonceptiva se realizan en mujeres no embarazadas y durante la atención prenatal en la totalidad de las unidades médicas y en los hospitales generales de zona o región y de gineco-obstetricia, posterior a la atención de un evento obstétrico o bien en el intervalo ínter genésico en aquellos demandantes de métodos quirúrgicos.

### 1.7.2 ORGANIZACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL AMBITO RURAL

La prestación de los servicios de Planificación familiar se inició como parte del cuidado de la salud materno-infantil a través de las unidades médicas del esquema modificado y solidaridad social de acuerdo a como lo estableció la nueva ley del I.M.S.S. de 1974.

A partir de esa misma ley, con el propósito de ampliar los servicios al ámbito comunitario se inició el adiestramiento de parteras rurales en la vigilancia y cuidado de la atención materno-infantil. En 1977 se incluyen temas de planificación familiar.

Actualmente a través de la estructura médica de I.M.S.S.- Oportunidades, se llevan a cabo las actividades de comunicación educativa, valoración de riesgo reproductivo y protección anticonceptiva de la misma manera como se realiza en las unidades del ámbito urbano. Enriquece el desarrollo de este programa comunitario la participación de las parteras rurales y agentes comunitarios de salud.

Los materiales didácticos de apoyo contienen los mensajes universales del programa de salud reproductiva de acuerdo con la norma institucional establecida, sobre riesgo reproductivo, protección anticonceptiva, vigilancia prenatal, cuidados para la atención del parto y puerperio, así como crecimiento y desarrollo del recién nacido, adaptados de acuerdo a las condiciones institucionales o comunitarias del medio rural y las creencias y dialectos de su población.

En resumen, la dinámica demográfica observada en nuestro país, debido a la disminución de la fecundidad por el efecto del desarrollo del Programa Nacional de Planificación Familiar y aunado al descenso de la mortalidad general, específicamente la materno-infantil durante los últimos años, así como la experiencia adquirida por el personal directivo y de los equipos de salud en la prestación de los servicios establecieron la pauta para que en el I.M.S.S se desarrollara un programa de salud y planificación familiar con enfoque de riesgo reproductivo que a continuación se describe.

### 1.8 ENFOQUE DE RIESGO REPRODUCTIVO

La evolución del programa de planificación familiar, ha clarificado las interrelaciones existentes entre la regulación de la fecundidad y las condiciones de salud de la población, principalmente la del binomio madre-hijo.

Desde hace varios años la Federación Internacional de Gineco-obstetricia, el Instituto Latinoamericano sobre Salud Perinatal y el Instituto Mexicano del Seguro Social entre otros, han producido estudios que analizan la vinculación entre la edad de la madre, el número de embarazos y su espaciamiento entre ellos, con los fenómenos

de mortalidad materna, perinatal e infantil. Correlativamente, resulta cada vez mayor la evidencia en el sentido de una disminución de la mortalidad citada en función de ciertos cambios en la conducta reproductiva, como los embarazos en edades óptimas para la procreación, limitación en el número de hijos y un espaciamiento adecuado entre ellos.

En el I.M.S.S., el Programa de Planificación familiar orientó sus acciones hacia el cuidado de la salud materno infantil, concretándolo con la aplicación del concepto de riesgo reproductivo, destinado fundamentalmente a la prevención de los embarazos de alto riesgo, a través de una protección anticonceptiva dirigida primordialmente hacia la mujer en edad fértil no embarazada, con factores de riesgo.

Respecto al concepto de riesgo reproductivo, se entiende como la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentar un embarazo en presencia de ciertos factores; su aplicación está destinada a la prevención de los embarazos de alto riesgo a través del uso de la metodología anticonceptiva orientada específicamente al grupo de mujeres en edad fértil no embarazadas.

El riesgo obstétrico se define como el evento de la gestación ocurrido en una mujer que previo a su embarazo tenia factores de riesgo reproductivo y por lo tanto requiere atención especializada, con el propósito de limitar los daños a su salud y la del producto.

El enfoque de riesgo para atención materno infantil, se enfoca en los factores de riesgo reproductivo y obstétrico:

La importancia de prevenir la aparición de embarazos de alto riesgo se puede clarificar al precisar las principales causas de mortalidad materna en el I.M.S.S. En la publicación "La Mortalidad materna en el I.M.S.S" (1983-1993), se encuentra que el 59.4 por ciento de ellas, obedecen a toxemia gravídica, complicaciones

hemorrágicas del embarazo y del parto, aborto y sepsis, entendido como la presencia de organismos patógenos en la sangre o en los tejidos.

Es importante señalar que de acuerdo con los "Reportes sobre Mortalidad Materna" publicados anualmente por la Coordinación de Salud Reproductiva del I.M.S.S. durante los últimos cuatro años, es decir, entre 1998 y 2002, disminuyó la mortalidad materna, registrada institucionalmente; sin embargo, las causas de muerte siguen siendo las mismas que para el periodo 1983-1993. En relación con estas cuatro causas, se pueden señalar algunos factores de riesgo que muestran una asociación definida con su presentación y al mismo tiempo la prevención de muertes (ver glosario).

- Edades extremas de la vida reproductiva.
- Multigravidez
- Toxemia gravídica.
- Cesárea previa.
- Aborto.
- Hipertensión arterial.
- Nefropatía.
- Cardiopatía.

## 1.9 EL PAPEL DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN LA PREVENCION DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL.

A través del concepto de riesgo reproductivo, la planificación familiar puede entenderse como una serie de acciones para el cuidado de la salud y de la reproducción humana. Por ello, es fundamental el conocimiento preciso de aquellas áreas donde puede esperarse su influencia más favorable para mejorar las condiciones de la salud del grupo materno-infantil.

Entre los años 1998 y 2002 se mantienen las cuatro principales causas y su proporción en la muerte materna dentro del I.M.S.S., la toxemia, hemorragias, sepsis puerperal y abortos, las cuales dieron origen al 60 por ciento del total de estas defunciones y la gran mayoría de éstas fueron previsibles, ya que es posible

identificar con la aplicación del concepto de riesgo, ciertos factores existentes previo al embarazo que favorecen el deceso.

Es de esperarse que la amplia protección anticonceptiva en mujeres en edades extremas de la vida reproductiva, multigrávidas, obesas o desnutridas, hipertensas y diabéticas, reduzca de manera importante la tasa de mortalidad materna.

La disminución de la tasa de mortalidad perinatal es de esperarse, si se previenen los embarazos en mujeres con estos eventos en su historia reproductiva, así como con aquellos factores antes mencionados y más claramente modificable por la prevención de los embarazos de alto riesgo a través de la planificación familiar.

Resulta evidente que la prevención de este tipo de gestaciones es el medio más sencillo, como estrategia médica, para reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal. La protección anticonceptiva para este fin puede plantearse operativamente, en términos de la siguiente secuencia:

1) Identificación de las mujeres en edad fértil no embarazadas, portadoras de factores de riesgo reproductivo.

2) Protección anticonceptiva con métodos de alta eficacia, seguridad y continuidad en favor del grupo con alto riesgo reproductivo.

3) Identificación de mujeres embarazadas para la vigilancia adecuada del embarazo mismo y para la orientación sobre la metodología anticonceptiva correspondiente.

4) Protección anticonceptiva de alta eficacia, seguridad y continuidad, para garantizar el intervalo intergenésico, es decir, el período que transcurre entre la finalización de un embarazo y el inicio del siguiente, o el fin de la reproducción.

Con el propósito de facilitar el acceso a la información y a la protección anticonceptiva, los equipos de salud realizan la valoración de riesgo reproductivo en

toda mujer en edad fértil que asista por cualquier motivo a consulta de medicina familiar.

## 1.10 BENEFICIOS EN LA SALUD MATERNO INFANTIL A TRAVES DE LA APLICACION DEL ENFOQUE DE RIESGO.

La evolución de los programas de planificación familiar, particularmente en los países en vías de desarrollo, han demostrado con mayor claridad la estrecha relación que existe entre la regulación de la fecundidad, con el uso de los métodos anticonceptivos modernos y la salud de la población, particularmente del grupo materno infantil.

A este respecto, estimaciones recientes hechas por la Organización Mundial de la Salud, han revelado que podrían prevenirse aproximadamente 200,000 muertes maternas y 5.6 millones de muertes infantiles por año en los países en vías de desarrollo, si simplemente se evitaran los embarazos en edades extremas de la vida reproductiva, un número excesivo de hijos y los intervalos intergenésicos cortos.

Con base en lo anterior, adquiere cada vez mayor importancia establecer los beneficios potenciales que pueden derivarse del uso de métodos anticonceptivos con un enfoque de protección a la salud materna y perinatal.

El programa de planificación familiar del I.M.S.S. orientó intencionadamente sus acciones hacia la protección del grupo materno infantil, concretó la relación entre salud y planificación familiar en el concepto de riesgo reproductivo y con ello favorecer la salud de las madres y sus productos potenciales, a través de identificar el momento y las condiciones de salud de la mujer para la concepción y optimizar la evolución del embarazo, lo cual trae consigo el nacimiento de niños sanos que crecen y se desarrollan también sanos.

Es evidente que si bien resulta necesario definir con mayor precisión los efectos de la planificación familiar en la disminución de la mortalidad materno infantil, resulta

igualmente importante un proceso de capacitación de los recursos humanos disponibles para la atención del binomio madre-hijo y generalizar e intensificar la educación de la población, que representa una estrategia definida de orientación de la planificación familiar hacia el cuidado de la salud.

## 1.11 EVALUACION OPERATIVA DE LA APLICACION DEL ENFOQUE DE RIESGO REPRODUCTIVO EN LA PROMOCION Y PRESTACION DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

En 1982 la Subdirección General Médica del I.M.S.S. destacó la importancia de orientar la prestación de servicios médicos en función de los principales daños y riesgos para la salud de la población, con el propósito de lograr el uso óptimo de los recursos en la atención de los grupos vulnerables y también las máximas coberturas en las acciones para el cuidado de la salud.

El más importante de estos grupos en razón de su magnitud y vulnerabilidad, está representado por el sector materno infantil, el cual genera aproximadamente dos terceras partes de la demanda de los servicios médicos y es también el más susceptible de experimentar daños a la salud.

Al reconocerse con claridad los beneficios potenciales para la salud materno infantil de la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo en planificación familiar, la Subdirección General Médica estableció, como elemento normativo en los servicios médicos de la institución, la valoración del riesgo reproductivo; se utilizó el mismo formulario denominado MF-7 diseñado inicialmente para el registro de la atención prenatal y del parto.

El formulario MF-7 fue sustituido por la forma MF-5 durante el año 2001 (anexo 3), enriqueciendo su contenido pero conservando su esencia como instrumento para la valoración de riesgo reproductivo, contiene variables sobre antecedentes personales de la mujer, tales como edad, talla y peso; También sobre antecedentes de salud y hábitos, a saber, enfermedades crónico degenerativas como diabetes, hipertensión o

nefropatía entre otras, número de gestaciones, partos, abortos, tabaquismo, alcoholismo y finalmente sobre uso de métodos anticonceptivos.

A cada una de éstas variables se les asigna un punto según su aparición o no, la suma de los puntos determina si se trata de una mujer de bajo, moderado o alto riesgo reproductivo en el caso de las no embarazadas y riesgo obstétrico en las embarazadas.

Simultáneamente, la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, orientó sus acciones hacia la protección de la salud materno infantil y la reproducción humana, a través del análisis de los aspectos conceptuales sobre riesgo reproductivo y la realización de algunos estudios exploratorios en relación con los principales factores de riesgo existentes en la población. Esto tuvo el propósito de orientar la protección anticonceptiva para promover la procreación en edades más favorables de la vida reproductiva, lograr un adecuado espaciamiento de los hijos y evitar los embarazos de alto riesgo.

Se programaron como parte del proceso de planeación, reuniones de análisis y evaluación de las actividades de planificación familiar, llevadas a cabo en las zonas de servicios médicos y en las delegaciones del I.M.S.S. que estuvieron destinadas a obtener información sobre la proporción de mujeres que se encontraban con riesgo reproductivo y obstétrico elevado con base en los datos de las formas MF-7 y MF-5, así como para conocer el grado de utilización del mencionado formulario en la atención cotidiana de la mujer en edad reproductiva, tanto gestante como no embarazada.

La fuente de información fueron los datos existentes en la formas MF-7 y MF-5 en los casos en que ésta se encontraba asentada en el expediente clínico de las mujeres en edad reproductiva, tanto embarazadas como no embarazadas, en el primer nivel de atención médica. También se revisaron los datos recabados en dicha forma para

las mujeres que se encontraban en período posparto, en las unidades de atención obstétrica.

Con base en la información proporcionada por la formas MF7 y MF-5, en el primer nivel de atención se obtuvo que la proporción de población en riesgo reproductivo era alrededor del 70 % y del 40 % el riesgo obstétrico. En las mujeres embarazadas también se investigó el grado de aceptación de métodos anticonceptivos para el período posparto, ligando así las acciones de promoción realizadas por el equipo de salud y la protección post evento obstétrico

## 1.12 DETECCION DE LAS NECESIDADES DE CAPACITACION DE LOS EQUIPOS DE SALUD.

"La detección de necesidades de capacitación, es la parte medular del proceso de capacitación que nos permite conocer los requerimientos existentes en una empresa a fin de establecer los objetivos y acciones en el plan de capacitación"[9].

La premisa de lograr la ejecución eficiente de una estrategia de trabajo, requiere una serie de conocimientos básicos y bien documentados sobre el área específica de que se trate, resulta esencial obtener información sobre el nivel y calidad de los conocimientos sobre riesgo reproductivo y salud materno infantil que tenían los prestadores de servicios en la etapa de implantación del enfoque de riesgo reproductivo. Por ello se hizo patente la conveniencia de realizar con el personal técnico de la coordinación de salud reproductiva, un estudio durante las visitas de análisis y evaluación en las zonas de servicios médicos y en las delegaciones del Instituto, con los siguientes propósitos:

A. Conocer las fuentes de información sobre riesgo reproductivo de que disponían al momento de la implantación del concepto de riesgo, el personal médico y paramédico de los equipos de salud.

---

[9] PINTO VILLATORO R. Proceso de Capacitación. Diana, México, 1990, p. 70

B. Determinar el grado de conocimiento que tenía dicho personal sobre algunos factores biológicos de riesgo reproductivo, así como en mortalidad materna y perinatal.

C. Conocer el grado de participación de este personal, en la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo en la prestación de servicios de planificación familiar.

D. Con base en los resultados obtenidos, definir los contenidos y los procedimientos más apropiados para la capacitación en riesgo reproductivo de los equipos de salud.

Se aplicó un cuestionario con once preguntas que exploraron: a) la fuente de información, b) el conocimiento de algunos factores de riesgo reproductivo y c) la aplicación del enfoque de riesgo; la muestra fue integrada de la forma siguiente: 1728 médicos que representan el 20.1 por ciento del total Institucional; 1263 trabajadoras sociales y asistentes médicas, 11.9 por ciento de las adscritas a unidades médicas y 1145 enfermeras, 2.7 por ciento del total de éste personal.

Los datos obtenidos muestran que las fuentes de información fueron en primer lugar, los directivos médicos sobre normas y procedimientos institucionales (51.1 por ciento); seguido por literatura médica de todo tipo (18.9) por ciento) y Solamente el 5.7 por ciento de todos los entrevistados declararon haber recibido información sobre el tema a través de algún curso formal de capacitación.

Aun cuando prácticamente la mitad de los médicos tenían clara la asociación de los factores de riesgo reproductivo con la mortalidad materna o perinatal (54.7 por ciento), resulta de particular importancia que el 32.8 por ciento de ellos asociaban tales factores únicamente con morbilidad materna o perinatal y especialmente con la primera. Esto llama la atención, ya que el concepto de riesgo se manejaba a través de las formas MF-7 y MF-5 desde hacia algunos años y ésta se enfoca básicamente

a la detección de los riesgos que afectan con mayor frecuencia al feto, al recién nacido y en segunda instancia a la madre.

En relación con el conocimiento del intervalo intergestacional mínimo adecuado, se observó que más de las tres cuartas partes de los entrevistados, independientemente de su rol profesional, poseían información correcta; es decir, que entre la finalización de la última gestación y el siguiente embarazo deben transcurrir por lo menos 18 meses. El conocimiento apropiado de la mayor parte del personal sobre el intervalo intergestacional mínimo adecuado, no resultó sorpresivo, ya que ha constituido uno de los elementos más utilizados en la promoción de la anticoncepción desde el inicio del programa de Planificación Familiar.

Al considerar la importancia que tiene la toxemia gravídica y la hemorragia del embarazo, parto y puerperio en el Instituto, por ser las dos principales causas de muerte materna y acompañarse de una gran morbimortalidad perinatal, se exploró el conocimiento que al respecto tenía el personal médico, la respuesta correcta fue del 37.4 por ciento.

Los resultados de este estudio muestran con claridad que el nivel de información técnica sobre riesgo reproductivo que poseían los integrantes de los equipos de salud, eran francamente heterogéneos e insuficientes.

Fue evidente también que la insuficiente información se correlacionaba con la falta de aplicación del enfoque de riesgo reproductivo y la protección anticonceptiva respectiva en la operación de los servicios.

Ya en esta etapa, los elementos anteriores dejaban claro que si se pretendía lograr la aplicación sistemática de las acciones de Planificación Familiar hacia el cuidado de la salud materno infantil, resultaba imperativo un proceso sistemático de capacitación en el área en el menor tiempo posible, toda vez que del estudio realizado se concluyó lo siguiente:

- Promoción y prestación de los servicios de planificación familiar no diferenciados en base al riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil, usuarias de los servicios médicos. Esto se manifestó en una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos similar, entre las mujeres con riesgo reproductivo elevado y normal.

- Conocimientos heterogéneos e insuficientes en el área de riesgo reproductivo por parte de los integrantes de los equipos de salud de la Institución, independientemente de su rol profesional. Precisamente la promoción y la prestación de servicios de Planificación Familiar no diferenciadas de acuerdo con el riesgo reproductivo, se atribuyó fundamentalmente a este problema de conocimientos.

La información de la institución y de la comunidad internacional sobre la prevención a los daños de la salud de la población particularmente del binomio madre-hijo, a través del enfoque de riesgo reproductivo, así como los resultados obtenidos en la detección de necesidades de capacitación de los equipos de salud, condujeron a la entonces subdirección general médica del I.M.S.S. a través de la Coordinación de Salud Reproductiva a desarrollar el modelo de capacitación en riesgo reproductivo y planificación familiar.

# CAPITULO II

# CAPACITACIÓN, CONSTRUCTIVISMO Y APRENDIZAJA SIGNIFICATIVO

# 2 CAPACITACION, CONSTRUCTIVISMO Y APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

La capacitación es un proceso de enseñanza – aprendizaje que está orientado a favorecer el conocimiento, habilidades y destrezas del individuo. Sustentada en la concepción constuctivista conduce a discernir la formación del conocimiento en el ser humano y el aprendizaje significativo permite que dicho conocimiento sea parte de un proceso con sentido experiencial que conduce al individuo a construir significados que modifican la percepción de una situación determinada.

## 2.1 CAPACITACIÓN

El beneficio más favorable en la relación patrón empleado está dado por la motivación personal y profesional que guarden, a través de la capacitación; con ello, se propicia mejorar las capacidades, habilidades y destrezas hacia la actividad que se desarrolla, lo cual se traduce en un incentivo o beneficio para los empleados, al mismo tiempo que la empresa u organización se favorece también al mejorar la calidad de los productos o servicios que desarrolla.

Toda actividad de capacitación que se realice en una organización debe de responder a sus propias necesidades y a las de los puestos que en ella se involucren, para que al realizar el trabajo cotidiano se logre mejorar la calidad y éxito de éste, lo que tendrá un efecto positivo hacia la consecución de las metas.

El objetivo de capacitar al personal de una empresa es, en primera instancia, perfeccionar al trabajador en su puesto de trabajo y adecuar el perfil de la persona al perfil de conocimientos, habilidades y actitudes requeridas por el puesto, lo cual puede tener un efecto en el ámbito laboral y en su vida personal.

A continuación se detallan algunos de los antecedentes de la capacitación: El proceso de capacitación proviene de tiempos previos a los que integran la planeación y desarrollo empresarial, "En el pasado los integrantes de las

civilizaciones transmitían sus conocimientos y habilidades en forma directa"[10]. No era precisamente la capacitación como una formalidad, sino que era una manera de transmitir a los hijos y nietos las costumbres y procedimientos de trabajo de la tribu y así se preservaban.

En los gremios, el maestro instruía al aprendiz en el oficio y así sucesivamente hasta que se conformaban las asociaciones.

La formalización de este proceso, se inició con la revolución industrial donde, debido al avance tecnológico, la capacitación tiene un desarrollo tanto a nivel de la mano de obra como para los dirigentes de las industrias.

A partir de la segunda guerra mundial, se le dio mayor importancia debido al desarrollo industrial y tecnológico que se requería. Las empresas tenían que dar una rápida capacitación para no disminuir la producción y que el país no se viera afectado.

Los conceptos de capacitación y adiestramiento son utilizados en ocasiones indistintamente, existe una diferencia importante entre ellos, el adiestramiento se practica en empresas de manufactura donde los empleados deben aprender a programar máquinas o bien al manejo de las innovaciones tecnológicas de las mismas, que es realizado por las áreas de capacitación de dichas empresas.

"La capacitación viene del adjetivo capaz, y éste, a su vez, del verbo latino cápere: dar cabida, es el conjunto de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y modificar actitudes del personal de todos los niveles para que desempeñen mejor su trabajo; el adiestramiento, del adjetivo diestro y éste a su vez, palabra latina dexter: derecho, es el conjunto de actividades encaminadas a

[10]SILICEO, Alfonso, capacitación y desarrollo de personal. Limusa 3ª Edición, México, 1995, p.18

hacer más diestro al personal de acuerdo con las características del puesto de trabajo, con el fin de que lo desempeñe en forma efectiva". [11]

La capacitación y el adiestramiento se centran en la aplicación de las bases dadas en la escuela, a problemas reales que se presentan en la vida diaria laboral. La capacitación es la continuidad de la enseñanza escolar a nivel empresarial, trata de resanar en algunos casos diferencias de la educación formal; pero en otros casos, su propósito es el de desarrollar los conocimientos, habilidades y actitudes del empleado ante diferentes circunstancias, sobre todo ante los avances y novedades de cualquier tipo.

El proceso de capacitación es importante para que el personal de las empresas adquiera aprendizajes nuevos en diferentes temas, tales como: cambio de actitudes de resistencia hacia lo novedoso, nueva tecnología que les ayudará a progresar en su trabajo con menos tiempo y mejor calidad, aprovechando todos los recursos humanos y materiales.

El estar capacitados en su labor diaria, les dará a los empleados un dinamismo, eficiencia y eficacia, así como su satisfacción y motivación por el trabajo que realizan. Esto beneficiará al empleado en forma personal y social si se capacita correctamente y en el momento en que lo requiera y a la empresa la beneficiará también en una mejor consecución de sus objetivos.

"La capacitación no sólo es una inversión sino también un factor de desarrollo, un mecanismo de transformación social y un instrumento de progreso técnico"[12]

Entonces la función de la capacitación como función educativa que es, adquiere mayor importancia ya que consiste en una actividad planeada y basada en

---

[11] RODRIGUEZ Y RAMÍREZ, Administración de la capacitación. Serie Capacitación efectiva, McGraw Hill, México 1990, p.51

[12] Idem

necesidades reales de una empresa u organización y orienta hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes de los empleados.

Por lo anterior, la capacitación debe considerarse como elemento cultural y un proceso continuo y sistemático para lograr un mejoramiento constante en los resultados, así como facilitador del cambio y del crecimiento individual y por ende del desarrollo de la empresa u organización.

Para encuadrar el presente trabajo, se toman los siguientes conceptos como referencia.
"CAPACITACION: Su objetivo principal es proporcionar conocimientos, particularmente en los aspectos técnicos del trabajo, incluye al adiestramiento.

ADIESTRAMIENTO: Se define como la habilidad o destreza adquirida, por regla general en el trabajo físico."[13]

En muchas empresas las palabras habilidad y competencia son usadas indistintamente, "La habilidad es la disposición que muestra un individuo para realizar tareas o resolver problemas en áreas de actividad determinadas"[14]; por ello, la capacitación es importante para desarrollar las habilidades de los empleados.

El adquirir conocimientos fortalece e incrementa las habilidades, en un proceso integral en el desarrollo del hombre tanto de forma individual como en el grupo o institución en que se desenvuelve, la base fundamental para ello es la educación.

Por tal motivo, es indispensable relacionar a la capacitación con la disciplina que tiene por objeto de estudio a la educación: La Pedagogía.

---

[13]SILICEO, Alfonso. Op. Cit. p.18
[14] CONBACH, Ludwig. Psicologia educativa. Pax 5ª Edición, México,1985, p.117

### 2.1.1 PEDAGOGÍA Y CAPACITACIÓN

"La Pedagogía es la disciplina, que se refiere a un hecho, a un proceso o actividad, la educación" [15]

El estudio de las leyes y ordenamientos de una profesión como lo es la Pedagogía implica como objeto central la educación, entendiéndola como "el proceso humano-social a través del cual se incorpora al ser humano (individuos, grupos y organizaciones) los valores y conocimientos de una sociedad dada"[16] o bien como "el proceso social básico por el cual las personas adquieren la cultura de su sociedad".[17]

La educación es la base del desarrollo y perfeccionamiento del hombre y la sociedad, sea ésta una empresa u organización.

En cualquiera de los conceptos anteriores, se entiende a la educación como un formador de cultura, "todo pueblo que alcanza un cierto grado de desarrollo se halla naturalmente inclinado a practicar la educación. La educación es el principio mediante el cual la comunidad humana conserva, y transmite su peculiaridad física y espiritual. El espíritu humano lleva progresivamente al descubrimiento de sí mismo, crea mediante el conocimiento del mundo exterior e interior mejores formas de la existencia humana. La educación no es una propiedad individual, sino que, pertenece por su esencia, a la comunidad. La educación participa en la vida y el crecimiento de la sociedad, así en su destino exterior como en su estructuración interna y en su desarrollo espiritual"[18]

Si consideramos que la capacitación es una actividad educativa con la que las empresas u organizaciones transmiten a los individuos conocimientos y apoyo para que se sientan bien consigo mismos, para que puedan desenvolverse mejor en su trabajo diario, y se sientan motivados para lograr los retos que la misma empresa u

---

[15] NASSIF, Ricardo. Pedagogía de nuestro tiempo. Kapelusz, Buenos Aires, 1965, p. 7

[16] SILICEO, Alfonso. Capacitación y desarrollo de personal. Limusa, México, 1995, p. 15

[17] Idem.

[18] Ibid. p. 16

organización les exija como productividad, calidad, excelencia y calidez. Sólo será logrado a través de un modelo educativo integral que le permita al individuo aprender a hacer para ser.

Es en este punto en donde el Pedagogo juega un papel muy importante ya que sustenta y determina la estructura de un curso en los aspectos de forma, como métodos, técnicas, duración, horarios, entre otros, así como el contenido de los temas, es decir, el conocimiento que ha de impartirse, la habilidad y actitud que será motivo de fortalecimiento o de nuevo aprendizaje.

Etimológicamente Pedagogía viene del griego: piadós = niño y agogía= conducción lo cual significa conducción del niño. La pedagogía ya no es la conducción sino "el estudio y la regulación del proceso de educación".[19]

En tanto la capacitación es un proceso educativo, el Pedagogo tiene la formación para desarrollar estrategias educativas que faciliten los aprendizajes a través del diseño de programas educativos, enfocados a alcanzar los objetivos y metas que la empresa u organización determine.

El proceso educativo es enseñanza – aprendizaje – evaluación, que por su trascendente efecto en el individuo, debe ser diagnosticado, diseñado, impartido y evaluado por un especialista en la materia como lo es el Pedagogo, comprometido con la cultura y desarrollo de su sociedad, ya sea ésta una empresa u organización.

Prestar atención especial en la educabilidad de los individuos que serán involucrados en un proceso educativo como lo es la capacitación, entendiendo por educabilidad la disposición para recibir nuevos conocimientos e influencias orientadas al cambio, resulta desde el punto de vista pedagógico determinante para el diseño de los aspectos de forma y contenidos de un curso.

---

[19] NASSIF, Ricardo. Op. Cit. P. 37

La capacitación pretende brindar información básica sobre la empresa y el puesto, conocimiento de los sistemas y procedimientos de trabajo, proporcionar la instrucción técnico-profesional que le permita perfeccionar sus conocimientos, habilidades, actitudes y personalidad para que los individuos desempeñen su trabajo diario, a lo cual se le denomina cultura organizacional, la Pedagogía es la disciplina que apoya el aprendizaje y la práctica de esta cultura.

Es entonces pertinente mencionar que la educación objeto de la Pedagogía, desarrollada a través del proceso educativo denominado capacitación, es una función que apoya directamente para mantener la motivación, uno de los medios por los que se logran mayores y mejores resultados, así como la integración del grupo al que pertenece, cualquiera que sea su área, pública o privada, o cualquiera que sea la especialidad de que se trate.

Por ser la capacitación un proceso educativo dirigido a individuos que desarrollan sus conocimientos y habilidades en empresas u organizaciones, es evidente que se habla de educación para adultos, por lo que el tema es descrito en el siguiente apartado.

## 2.2 ANDRAGOGÍA

"Se entiende por educación de adultos el proceso de formación que inician los mayores de 18 años. Este proceso le permite al adulto desarrollar aptitudes, enriquecer conocimientos, mejorar sus competencias laborales y técnicas para enfrentar los desafíos planteados por la sociedad frente al mundo del trabajo, la familia, la comunidad, el medio ambiente y la salud, en distintos contextos socioculturales" [20]

[20] DÍAZ DÍAZ C.B., Una propuesta para formar educadores de adultos: "Programa de especialización en educación de adultos". http://utp.edu.co/chumanas/revistas/revistas/rev17/diaz.html. Colombia, Agosto, 2003

"La investigación básica sobre educación de adultos se inició en Europa y Estados Unidos de Norte América, en forma bastante tardía en comparación con su equivalente en el ámbito de la Pedagogía, es apenas hacia finales de los años cincuenta cuando se inician los esfuerzos de sistematización, articulación y difusión de teorías específicas acerca del aprendizaje del alumno adulto así como de estrategias y métodos capaces de expresarse en términos de una didáctica apropiada para un aprendiz que no es niño ni adolescente: el adulto.

Los años sesenta y setenta contemplan un importante desarrollo en esa línea de trabajo, hay una consolidación del ámbito de la educación de adultos como profesión universitaria. Se deslinda no sin dificultades, el campo de la andragogía como espacio alternativo y contraposición natural a las prevalentes formas pedagógicas, hasta entonces esencialmente dirigidas a la atención de niños y adolescentes. Se evidencia un notable desarrollo en cuanto al estudio de la problemática del estudiante adulto" [21]

"El término Andragogía fue utilizado por primera vez por el maestro alemán Alexander Kapp, en 1833 para describir la teoría educativa de Platón. Años más tarde, a principios del siglo xx, se vuelve a mencionar este concepto por Eugen Rosenback, para referirse al conjunto de elementos curriculares propios de la educación de adultos, como son: profesores, métodos y filosofía. Sin embargo, es hasta la década de los sesenta que se utiliza este concepto con cierta frecuencia tanto en Europa como en América de Norte, para referirse específicamente a los métodos, técnicas, fines y en general, a todo el currículo diseñado para llevar a cabo la educación integral en la población adulta"[22]

La Andragogía proporciona la oportunidad para que el adulto que decide aprender, participe activamente en su propio aprendizaje e intervenga en la planificación,

[21] SEGOVIA, Lucio. El método de proyectos en ámbitos adultos: expresiones de un uso explicitado del modelo. http://www.unesr.edu.ve/publicaciones/libro_lucio/adultos.htm. Agosto, 2003

[22] DÍAZ DÍAZ C.B Op. Cit.

programación, realización y evaluación de las actividades educativas en condiciones de igualdad con sus compañeros, participantes y con el facilitador; lo anterior, conjuntamente con un ambiente de aprendizaje adecuado.

En el presente trabajo se define la Andragogía como la disciplina que se ocupa del estudio de los procesos implicados en la educación del adulto.

A cualquier edad el aprendizaje es un proceso personal pues nadie aprende por nadie, e implica un cambio de conocimientos, de conductas o de experiencias socioafectivas como resultado de una necesidad interna o de una demanda del medio ambiente.

"Aprender es incorporar en sí mismos hechos, verdades y sensaciones que antes nos eran externas y hasta desconocidas. Aprender es convertir en sustancia intelectual o sensitiva propia lo que anteriormente no pertenecia a ella. Aprender es ensanchar la vida y es el medio esencial del crecimiento interior"[23]

El aprendizaje ocurre cuando la persona está preparada para aprender, pues el conocimiento se construye a partir de lo que la persona ya sabe y depende tanto del propósito y del interés del individuo, como del grado de desarrollo de las capacidades intelectuales.

Así el aprendizaje comienza cuando en la mente del individuo surge un problema, una respuesta inconclusa o un estado de confusión e incertidumbre; comienza también cuando la persona acepta el reto de lo desconocido, de lo controvertible y se lanza a buscar soluciones.

El aprendizaje se basa en el siguiente contexto:

---

[23] PREVOST, Marcel. "El arte de aprender". Espasa- Calpe, Argentina, 1980, p. 27

- Aprender a conocer. Desarrollar habilidades, destrezas, hábitos, actitudes y valores que le permitan al adulto adquirir las herramientas de la comprensión como medio para entender el mundo que le rodea, vivir con dignidad, comunicarse con los demás, y valorar las bondades del conocimiento y la investigación.
- Aprender a aprender. Desarrollar habilidades, destrezas y hábitos, actitudes y valores, que le permitan al adulto adquirir o crear métodos, procedimientos y técnicas de estudio y de aprendizaje para que pueda seleccionar y procesar información eficientemente, comprender la estructura y el significado del conocimiento a fin de que lo pueda discutir, negociar y aplicar. El aprender a aprender constituye una herramienta que le permite al adulto seguir aprendiendo toda la vida.
- Aprender a hacer. Desarrollar su capacidad de innovar, crear estrategias, medios y herramientas que le permitan combinar los conocimientos teóricos y prácticos con el comportamiento socio-cultural, desarrollar la aptitud para trabajar en equipo, la capacidad de iniciativa y de asumir riesgos.
- Aprender a ser. Desarrollar la integridad física, intelectual, social, afectiva y ética de la persona en su calidad de adulto, de trabajador, de miembro de familia, de estudiante, de ciudadano.

A continuación se señalan algunas características especiales del aprendizaje en adultos:

- Conocimiento útil: Señala Fainholc que "el adulto quiere respuestas que se relacionen directamente con su vida; las probabilidades residen en que él las adapte a las experiencias de su vida, mediante estimaciones cualitativas y experiencias vitales que le permitan hacer nuevas consideraciones. Si ve que de las actividades en la educación del adulto puede obtener conocimientos aplicables, participará de ellas."

- La experiencia: "Los adultos son motivados a aprender a medida que ese aprendizaje satisface sus necesidades de experiencia e interés"[24], es decir, la orientación adulta al aprendizaje está centrada en la vida; por lo tanto las unidades apropiadas para el aprendizaje adulto son situaciones reales, no todos los adultos han acumulado las mismas experiencias y las diferencias individuales de la gente se incrementan con la edad.

  "La experiencia es el recurso más rico del aprendizaje adulto, los adultos tienen una necesidad de autodirección"[25], es aquí en donde el Pedagogo o facilitador se compromete a un proceso mutuo de indagación, en lugar de transmitir su conocimiento y evaluar según éste.

- Funcionamiento psicológico: El adulto aprende con un distinto funcionamiento psicológico que el niño.

"Éstas son algunas condicionantes del aprendizaje de adultos que se encuentran con mayor frecuencia:

a) Forman grupos heterogéneos en: edad, intereses, motivación, experiencia y aspiración.
b) El papel de estudiante es marginal o provisional.
c) El interés gira en torno al bienestar, el ascenso laboral o la autoestima.
d) Los objetivos son claros y concretos, elegidos y valorizados.
e) Los logros y éxitos serán deseados intensamente o con ansiedad.
f) Existe preocupación por el fracaso.
g) Posible susceptibilidad e inseguridad ante las críticas.
h) A menudo arrastra el peso de experiencias de aprendizaje frustrantes que le convencen de que no es capaz de adquirir conocimiento nuevo.
i) Fuentes de conocimiento heterogéneas, a veces contradictorias.

---

[24] MALCOM Knowles. The adult learner: a neglected species., Golf publishing company, Texas, USA, 1990

[25] Idem

j) Mayor concentración en clase, lo cual favorece el aprovechamiento del tiempo en clase.

k) Posee mecanismos de compensación para superar las deficiencias y los recursos de la experiencia.

l) Necesita alternancia y variabilidad, por su relativa capacidad de un esfuerzo intelectual prolongado". [26]

"Los principios de la educación de adultos son:

A. Los adultos se motivan a aprender en la medida en que el aprendizaje satisfaga sus necesidades e intereses.

Sus necesidades e intereses son puntos de partida apropiados para organizar las actividades de aprendizaje y constituyen los puntos críticos para la capacitación.

B. La orientación del aprendizaje de adultos está centrada en la vida o el trabajo.

Los marcos apropiados para organizar el aprendizaje de adultos son situaciones relacionadas con la vida y el trabajo.

C. La experiencia es el recurso más rico para el aprendizaje de los adultos.

La metodología básica para el aprendizaje de adultos requiere de la participación activa en una serie planificada de experiencias, el análisis de éstas y su aplicación en situaciones cotidianas.

D. Los adultos tienen una profunda necesidad de ser autodirigidos.

Los adultos conocen cuáles son sus necesidades y qué tipo de respuestas están buscando; por lo mismo, quieren y pueden participar y decidir sobre su aprendizaje. El papel del facilitador consiste en un proceso de indagación,

---

[26] DELLÓRDINE, José Luis. "El aprendizaje de una lengua extranjera, 12, en la formación continua" http:/www.monografías.com/trabajos4/aprend_extr/aprend-extr.shtml. Argentina, 2000

análisis y toma de decisiones con los participantes en vez de transmitirles su conocimiento y luego evaluar lo adquirido.

E. Las diferencias individuales entre los adultos aumentan con la edad y la experiencia.

Los programas de educación de adultos han de tomar en cuenta las diferencias de estilo, tiempo, lugar y ritmo de aprendizaje".[27]

El aprendizaje es una de las facetas más asombrosas del ser humano. Ocurre permanentemente, y lo que por medio del aprendizaje se adquiere durante la vida, es en esencia lo que permite adaptarse y progresar en el mundo.

En la medida en que las cosas cambian, algunos conocimientos y destrezas se van volviendo obsoletos o no se adecuan a los nuevos requerimientos. Se hace cada vez más necesario que la persona desarrolle nuevas capacidades y destrezas y conocimientos; en algunos casos el aprendizaje de cosas nuevas puede tomarse cuesta arriba.

Puede ocurrir que el nuevo conocimiento implique hacer las cosas de forma totalmente contraria u opuesta a la manera en que habitualmente se venía realizando. En estos casos hay que desaprender primero, antes de pasar a aprender.

El hecho de que desaprendamos, no significa que el conocimiento desaprendido no haya servido de nada. Todo aprendizaje implica un cambio y nos deja "algo" con lo cual establecemos nuevas conexiones con el universo.

Dejar de desaprender es no darle paso al aprendizaje de cosas y conocimientos nuevos, lo cual es también caer en la obsolescencia.

---

[27] Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) Salud Reproductiva, un enfoque integral. Manual de capacitación, México, 1995, p.1

Desaprender puede verse como una actitud que busca desprenderse de esas cosas que impiden el desarrollo y evolución personal por medio del aprendizaje.

Desaprender es la consecuencia de que las personas acepten que hay actitudes, conocimientos que deben modificar.

Desaprender no significa menospreciar el conocimiento y destrezas adquiridas con anterioridad, ni tampoco restar importancia a la fuente a través de la cual fueron adquiridos.
Desaprender no debe ser un proceso aislado; debe ser complementado con el aprendizaje de nuevos conocimientos o destrezas. Una de las formas más eficaces de eliminar un hábito o conducta, es sustituirlo por otro que debe ponerse en práctica cuanto antes y con frecuencia.

En el caso del adulto, el requisito básico para un aprendizaje real es el desaprendizaje; desaprender las vivencias, experiencias, conocimientos, creencias, paradigmas que hay en el cerebro y que fueron útiles en su tiempo y ya no lo son en la actualidad.

Por esto, es recomendable el lograr a través de una atmósfera y de un proceso de aprendizaje adecuado, que los adultos que forman parte de una capacitación, abran sus mentes hacia lo que ha de desarrollarse, obteniendo de esta manera las bases para que el mensaje que se desea transmitir sea comprendido, retenido y aprendido.

"El desaprendizaje es un eslabón ubicado entre el aprendizaje y el reaprendizaje"[28]

Es pues en la capacitación en donde el adulto aprende a hacer mejor su trabajo, encuentra la posibilidad de ascender de posición, logran ser más eficientes en su área de trabajo, en donde aprender le ayuda a alcanzar sus metas personales, familiares y empresariales.

---

[28] Idem

El adulto necesita cambiar situaciones negativas o problemas en oportunidades de éxito, debe aceptar los cambios en sus procesos humanos y organizacionales, para ser más productivo y rentable.

Es importante considerar que el adulto a través de un proceso educativo como es la capacitación, mejora su imagen y autoestima al saberse competente, es donde encuentra la oportunidad de hacer de su vida actual una vida nueva, donde el compartir familiar, el hacer suya la cultura organizacional, y la acción ciudadana que le permitan ser, sean nutridas por nuevas y estimulantes ideas y lo conformen en un ser más feliz y próspero.

## 2.3 TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

Si tomamos en cuenta que el aprendizaje es determinante en la vida de los individuos ya que lo que se adquiere es en esencia lo que permite adaptarse y progresar en el mundo, y que además tiene todo un respaldo científico, es indispensable hacer una revisión a las teorías de aprendizaje que han significado avances en la educación.

Para hablar de Teorías de aprendizaje es importante definir el concepto de teoría, "una teoría es un conjunto científicamente aceptable de principios que explican un fenómeno".[29]

Entonces retomaremos algunos conjuntos de principios científicamente aceptables que expliquen el fenómeno del aprendizaje.

Existen dos vertientes en el estudio de las teorías del aprendizaje, las teorías conductuales y las teorías cognoscitivas. Comprender algunas suposiciones generales de estas teorías favorece la comprensión de los principios que las constituyen.

---

[29] SCHUNK, Dale H. Teorías del aprendizaje. Prentice Hall hispanoamericana, S.A. , México, 1997, P. 3

Las teorías conductuales, consideran que el aprendizaje consiste en la formación de asociaciones entre estímulos y respuestas. En opinión de Skinner (1953) considerado como el padre del conductismo, es más probable que se dé una respuesta a un estímulo en función de las consecuencias de responder: si hay un reforzador es más probable que ocurra de nuevo, mientras que las consecuencias opuestas lo vuelven menos probable, es decir que no exista reforzamiento.

El conductismo tuvo una fuerza considerable en la psicología de la primera mitad del siglo xx, de modo que muchas posturas históricas representan teorías conductuales que explican el aprendizaje en términos de fenómenos observables. Estas corrientes sostienen que el aprendizaje no necesita incluir pensamientos y sentimientos.

De tal forma que, para las teorías conductuales la motivación y el aprendizaje no tiene distinción ya que utilizan los mismos principios para explicar cualquier conducta.

En el caso de la memoria y el olvido, son muy poco tomados en cuenta por que consideran el aprendizaje como asociaciones entre estímulos y respuestas, así que dejan la responsabilidad de ambos en el reforzamiento.

Las teorías cognoscitivas observan el aprendizaje como "un fenómeno mental interno, en donde el procesamiento mental en la adquisición, organización, codificación, repaso y almacenamiento de la información, así como la recuperación de la memoria, el procesamiento de creencias y el olvido, son la base de estudio".[30]

Si el aprendizaje es observado como un fenómeno mental interno, las teorías cognoscitivas insisten en que el conocimiento sea significativo , es decir, la forma en que ocurre el aprendizaje influye no sólo en la estructura y la presentación de la

[30] Ibid. P. 13

información, sino también en cuáles son las mejores actividades para que el conocimiento tenga sentido.

Es decir, que la función del pensamiento, creencias, actitudes y valores que intervienen en el procesamiento mental de la información, permitan recibir, repasar, transformar, codificar, almacenar y recuperar lo aprendido, y aplicarlo al diario vivir en un uso óptimo de lo aprendido.

Al uso óptimo de lo aprendido, se le conoce como transferencia y se refiere a la aplicación del conocimiento en nuevas formas, situaciones y contenidos distintos de aquellos en que fue adquirido el conocimiento.

Las teorías conductuales sostienen que la transferencia es una función de elementos idénticos (estímulos) similares entre situaciones, las conductas se transfieren o generalizan tanto como las situaciones comparten elementos.

Las teorías cognoscitivas en cambio, postulan que la transferencia depende de la forma en que la memoria almacena la información, cuando se comprende la forma de aplicar el conocimiento en diversas situaciones, las situaciones no necesitan compartir elementos; más bien se debe entender los usos del conocimiento y creer que éste es importante.

Las teorías cognoscitivas asignan una función relevante a la memoria, ya que equiparan el aprendizaje con la codificación, es decir, con el almacenamiento en la memoria de conocimiento organizado y significativo, en donde la información se recupera en respuesta a claves que activan las estructuras apropiadas de la memoria.

El olvido es la incapacidad de recuperar la información almacenada con claves inadecuadas para acceder a ellas.

Las implicaciones pedagógicas de dichas corrientes son variadas, según los conductistas en la enseñanza se debe procurar incrementar la similitud entre las situaciones y puntualizar los elementos comunes para asegurar el aprendizaje. Las teorías cognoscitivas, complementan insistiendo en que las percepciones de los participantes sobre el valor del aprendizaje son cruciales, como el uso de los conocimientos en distintos contextos o enseñar reglas y procedimientos aplicables en diversas situaciones, lo cual la enseñanza debe tomar en cuenta.

La postura que el presente trabajo sostiene respecto al concepto de aprendizaje, se encuadra dentro de una posición cognoscitiva que subraya la función de los pensamientos y las creencias de los individuos, en la que aprender "es un cambio perdurable de la conducta o en la capacidad de conducirse de manera dada como resultado de la práctica o de otras formas de experiencia".[31]

Considerar que alguien se vuelve capaz de hacer algo distinto de lo que hacía antes o que desarrolla nuevas acciones, refleja un aprendizaje que se deduce por los cambios realizados, los cuales se expresan verbalmente, en forma escrita o a través de conductas. El aprendizaje es inferencial ya que no lo observamos directamente pues se lleva a cabo en el interior del individuo, así que atendemos a sus resultados o productos.

Es materia de polémica qué tanto han de persistir los cambios para ser tomados por aprendidos, pero casi todos los estudiosos del tema aceptan que, los cambios que duran apenas unos segundos no suponen aprendizaje.

Así mismo, el aprendizaje ocurre por práctica u otras formas de experiencia, en donde el individuo adquiere nuevos conocimientos o modifica los ya existentes.

Por este motivo, a diferencia de los pedagogos conductistas, los cognitivos empeñan su enseñanza en lograr que los participantes aprendan a pensar, se autoenriquezcan

[31] Ibid. p. 2

en su interioridad con estructuras, esquemas y operaciones mentales internas que les permitan pensar, resolver, y decidir con éxito situaciones. Los aprendizajes en la perspectiva cognitiva deben ser significativos y requieren de la reflexión, comprensión, y construcción de sentido. La mente no es una "estructura plana"[32] sobre la cual se imprimen las representaciones de las cosas, es una estructura de múltiples dimensiones, activa y transformadora que produce ideas y teorías a partir de su anterior experiencia y de su acción sobre ellas.

"Entender es pensar y pensar es construir sentido, por ello, a los pedagogos cognitivos también se les denomina constructivistas"[33]

Es en este orden de ideas que en el siguiente tema se desarrolla la corriente epistemológica que abre una perspectiva pedagógica cognitiva: El Constructivismo.

## 2.3.1 CONSTRUCTIVISMO:

La construcción y reconstrucción del conocimiento es el objeto de desarrollo profesional del Pedagogo, es entonces fundamental analizar esta tarea dentro de un marco teórico que proporcione las bases para su comprensión y aplicación en la práctica educativa.

El constructivismo nace como una corriente epistemológica, preocupada por discernir los problemas de la formación del conocimiento, es decir; la forma en que se genera el saber, el entender y la inteligencia en el ser humano.

De acuerdo con el Constructivismo el conocimiento se construye activamente, no se recibe pasivamente del ambiente, para lo cual es indispensable retomar a algunos autores que como:

---

[32] FLÓRES OCHOA, Rafael. Evaluación pedagógica y cognición. Mc Graw Hill, Colombia, 2000, p.47

[33] Idem

- Piaget, se centra en el estudio del funcionamiento y el contenido de la mente de los individuos, a lo que se le llama "Constructivismo Psicogenético".

- Vigotsky, se centra en el desarrollo de dominios de 0rigen social, Escuela sociocultural o socio histórica, "Constructivismo Social".

- Von Glaserfeld o Maturana, postulan que la construcción del conocimiento es subjetivo y por lo tanto no es posible formar representaciones objetivas ni verdaderas de la realidad.

- Mario Carretero, afirma que los aspectos cognitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos son una construcción propia producida día a día como resultado de la interacción entre los factores, por lo tanto, el conocimiento es una construcción del ser humano realizada con los esquemas que ya posee, para lo cual requiere de los conocimientos previos y de la actividad interna o externa que el aprendiz realice al respecto.

A pesar de que los diversos autores de tales enfoques se sitúan en distintas posturas, comparten el principio de la importancia de la actividad mental constructiva del participante en la realización de los aprendizajes. Dicho principio explicativo básico es lo que Coll denomina "la idea-fuerza más potente y también la más ampliamente compartida"[34], que trasladada al campo de la educación, conduce a concebir el aprendizaje como un proceso de construcción del conocimiento a partir de los conocimientos y de las experiencias previas, y la enseñanza como una ayuda a este proceso de construcción.

Es en este punto en el que el enfoque constructivista influye en el terreno educativo con una enseñanza activa, en donde el individuo piensa y actúa sobre contenidos

[34] DÍAZ-BARRIGA Y HERNÁNDEZ. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. Mc Graw Hill, México, 2002, p. 28

significativos y contextuados y el pedagogo realiza una función mediadora y un trabajo cooperativo.
Es decir, los individuos son participantes activos y deben construir el conocimiento, destacar las relaciones entre los individuos y las situaciones en la adquisición y el perfeccionamiento de las habilidades y los conocimientos.

Construir el conocimiento implica que cada individuo acceda, progresiva y de manera secuencial a la etapa superior de su desarrollo intelectual de acuerdo con las necesidades y condiciones particulares, al accesar a las estructuras cognoscitivas que le permitan desarrollar su capacidad de pensar.

Gracias al aporte que la experiencia previa proporciona al aprendizaje, el individuo encuentra sentido a lo que aprende lo cual le permite salir de la pasividad y lo convierte en activo constructor de su propio aprendizaje.

La experiencia es muy importante, dentro de este enfoque, ya que tiene una finalidad: contribuir al desarrollo, abrirse a experiencias que sobrevivirán creativamente a la experiencia futura.

Por ser el aprendizaje significativo una de las teorías más actuales en el ámbito educativo, el siguiente tema explica sus principios.

### 2.3.2 APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO:

Para entrar en el tema de aprendizaje significativo, resulta básico entender el concepto de aprendizaje.

Aprendizaje, es la acción de aprender, de donde aprender es adquirir conocimientos por medio de la experiencia o del estudio.

Construir significados nuevos implica un cambio en los esquemas de conocimiento que se posee previamente, es decir, que el aprendizaje no debe ser una mera

acumulación de conocimientos, sino más bien, una integración de los nuevos conocimientos con los antiguos que modifique la organización de estos últimos, si es preciso.

Por lo tanto, el concepto de aprendizaje significativo, es aquel en el cual lo que se adquiere o aprende juega un rol estructural con los aprendizajes previos o con los esquemas a los cuales transforma o junto con los cuales se integra; es decir, aquel que conduce a la creación de estructuras de conocimiento mediante la relación entre la nueva información y las ideas previas de los participantes quienes en este proceso encuentran sentido al nuevo conocimiento.

La posibilidad de que un conocimiento se torne con sentido; es decir que sea significativo, depende de que se incorpore o relacione a conocimientos previamente existentes en la estructura mental del sujeto, o que tenga una estructura lógica inherente y sea aprendido de manera no arbitraria, además de subrayar el carácter experiencial que impregna el aprendizaje y hace que la percepción que tiene el participante de una actividad concreta y particular no coincida necesariamente con la que tiene el facilitador.

Los objetivos, intenciones y motivaciones de cada uno son a menudo diferentes y desempeñan un papel determinante en la movilización de los conocimientos previos y sin cuya consideración es imposible entender los significados que el participante construye de los contenidos que se le enseñan.

Es mediante la realización de aprendizajes significativos que el participante construye significados que enriquecen su conocimiento del mundo físico y social, potenciando así su crecimiento personal. De esta manera, los tres aspectos clave que debe favorecer el proceso educativo serán, el logro del aprendizaje significativo, la memorización comprensiva de los contenidos y la funcionalidad de lo aprendido.

"Ausbel en su postura constructivista, postula que el aprendizaje significativo implica una reestructuración activa de las percepciones, ideas, conceptos y esquemas que el aprendiz posee en su estructura cognitiva, el aprendizaje no es una simple asimilación pasiva de información literal, el sujeto la transforma y estructura, así el aprendizaje es sistemático y organizado, considera que no todo el aprendizaje significativo deba ser por descubrimiento, propugna por el aprendizaje verbal significativo, que permite el dominio de los contenidos".35

"La concepción constructivista del aprendizaje significativo se sustenta en la idea de que la finalidad de la educación sea promover los procesos de crecimiento personal del participante en el marco de la cultura del grupo al que pertenece. Estos aprendizajes se producirán de manera satisfactoria si se suministra una ayuda específica mediante la participación en actividades intencionales, planificadas y sistemáticas, que logren propiciar una actividad mental constructivista (Coll, 1988). Así la construcción del conocimiento puede analizarse desde dos vertientes:

1. Los procesos psicológicos implicados en el aprendizaje.
2. Los mecanismos de influencia educativa susceptibles de promover, guiar y orientar dichos aprendizajes."36

En el enfoque constructivista, tratando de combinar el cómo y el qué de la enseñanza, la idea central se resume en: Enseñar a pensar y actuar sobre contenidos significativos y contextuados.

Así, aprender un contenido quiere decir que el participante le atribuye un significado, construye una representación mental por medio de imágenes o proposiciones verbales, o bien elabora una especie de teoría o modelo como marco explicativo de dicho conocimiento.

---

[35] DÍAZ-BARRIGA Y HERNÁNDEZ. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. Mc Graw Hill, México, 2002, p. 35

[36] Ibid. p.30

Entonces hay que considerar que la integración y reorganización de conocimientos afecta tanto al "saber algo sobre algo" (esquemas conceptuales), como el saber "saber qué hacer y cómo con lo que se sabe sobre algo" (conocimiento sobre procedimientos) y al "saber cuándo hacerlo" (conocimientos sobre las condiciones en qué usar lo que se sabe)".

"Ausbel sostiene que en el aprendizaje significativo existen conceptos inclusores, ya que la estructura cognitiva está integrada por esquemas de conocimiento, los cuales son abstracciones o generalizaciones que los individuos hacen a partir de objetos, hechos y conceptos y de las interrelaciones que se dan entre éstos, que se organizan jerárquicamente."37

Lo anterior quiere decir que procesamos la información que es menos inclusiva, hechos y proposiciones subordinados, de manera que llegue a ser subsumida o integrada por las ideas más inclusivas denominadas conceptos y proposiciones supraordinadas.

Así en algunas ocasiones aprendemos contenidos que tienen que ser integrados en esquemas más generales y abstractos; en otras, se aprenden precisamente conceptos integrados que subsumen cuestiones que ya conocemos. También se da el caso del aprendizaje de contenidos del mismo nivel de inclusión, abstracción y generalidad a los que se les llama conceptos coordinados.

Los subsunsores poseen suficiente estabilidad y claridad, para proporcionar un "anclaje" al conocimiento nuevo, ésta es la propiedad que poseen las ideas preexistentes de brindar apoyo a las nuevas ideas recién aprendidas; es decir, el anclaje se refiere a la relación de los nuevos materiales, con ideas específicamente relevantes, que están disponibles en la estructura cognoscitiva con un nivel de inclusión apropiado para facilitar ese intercambio.

---

[37] Ibid. p.39

Es indispensable tener siempre presente que la estructura cognitiva tiene una serie de antecedentes y conocimientos previos, un vocabulario y un marco de referencia personal, lo cual es además un reflejo de la madurez intelectual del individuo. Este conocimiento resulta crucial para el Pedagogo, ya que es a partir del mismo que debe planearse la enseñanza; pues, el conocimiento y experiencia previas de los participantes son las piezas clave de su conducción: "El factor aislado más importante que influencia el aprendizaje es aquello que el aprendiz ya sabe. Averígüese esto y enséñese de acuerdo con ello".[38]

La diferencia entre aprendizaje significativo y aprendizaje memorístico, está en la capacidad de relación del nuevo conocimiento con la estructura cognitiva, al no existir subsunsores tiene que ser aprendido en el vacío, mecánicamente, lo cual da origen al aprendizaje memorístico que introduce información o conocimiento en forma arbitraria y lineal.

Cuando no existen subsunsores, hay que utilizar contenidos introductorios lo suficientemente relevantes para establecer la relación con los nuevos contenidos y a dichos contenidos introductorios se les llama "organizadores previos" cuya función es servir de puente entre lo que el participante ya sabe y lo que debe saber antes de adquirir nuevos conocimientos.

El aprendizaje significativo, es entonces un mecanismo para adquirir y recordar la enorme cantidad de ideas y de información en cualquier área del conocimiento, lo que para el Pedagogo significa un reto como facilitador en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

## 2.4 EL ROL DEL PEDAGOGO:

Desde diferentes perspectivas pedagógicas, al Pedagogo se le han asignado diferentes roles: el de transmisor de conocimientos, el de animador, el de supervisor

[38] Ibid. p. 40

o guía del proceso de aprendizaje es decir el de facilitador, e incluso el de investigador educativo.

A lo largo del presente trabajo sostendremos que el pedagogo se constituye en un organizador y mediador que facilita el encuentro del participante con el conocimiento, por lo tanto se considera Facilitador de acuerdo con la siguiente descripción:

"El Pedagogo es mediador entre el participante y la cultura a través de su propio nivel cultural, por la significación que asigna al currículum en general y al conocimiento que transmite en particular, y por las actitudes que tiene hacia el conocimiento o hacia una parcela especializada del mismo".[39]

En este sentido, se afirma que tanto los significados adquiridos explícitamente durante su formación profesional, como los usos prácticos que resultan de experiencias profesionales, ya sean rasgos de los participantes, orientación metodológica, pautas de evaluación, etcétera, configuran los ejes de la práctica profesional del Pedagogo. Y dicha práctica pedagógica se encontrará fuertemente influida por la trayectoria de vida del Pedagogo, el contexto socioeducativo donde se desenvuelva, el proyecto curricular en el que se ubique, las opciones pedagógicas que conozca o se le exijan, así como las condiciones bajo las que se encuentre en su área laboral.

Desde el punto de vista constructivista, se considera que la actividad como facilitador y los procesos mismos de su formación, deben plantearse con la intención de generar un conocimiento didáctico o saber integrador, en la práctica cotidiana, la utilización de situaciones problemáticas es la plataforma para construir el conocimiento didáctico, para lo cual se considera qué conocimientos deben tener los facilitadores y qué deben hacer.

---

[39] DÍAZ-BARRIGA Y HERNÁNDEZ. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. Mc Graw Hill, México, 2002, p.3

"Los planteamientos didácticos son los siguientes:

1. Conocer el tema que han de enseñar
2. Conocer y cuestionar el pensamiento docente espontáneo
3. Adquirir conocimientos sobre el aprendizaje de las ciencias
4. Hacer una crítica fundamentada de la enseñanza habitual
5. Saber preparar actividades
6. Saber dirigir las actividades de los participantes
7. Saber evaluar
8. Utilizar la investigación e innovación en el campo"[40]

La función central del facilitador consiste en ser quien orienta y guía la actividad mental constructiva de sus participantes, a quienes proporcionará una ayuda ajustada a su competencia, de modo que cuanto más dificultades tenga el aprendiz en lograr el objetivo educativo, más directas deberán ser las intervenciones del facilitador y viceversa.

Para que dicho ajuste de la ayuda pedagógica sea eficaz, es necesario que se cubran dos características: a) que el facilitador tome en cuenta el conocimiento de partida del participante y b) que provoque desafíos y retos que cuestionen y modifiquen dicho conocimiento.

El mecanismo central por medio del cual el facilitador propicia el aprendizaje en los participantes es a lo que se llama la transferencia de responsabilidad, que se refiere al nivel de responsabilidad para lograr una meta o propósito, el cual en un inicio se deposita casi totalmente en el facilitador, quien de manera gradual va cediendo o traspasando dicha responsabilidad al participante, hasta que éste logra un dominio pleno e independiente.

[40] Ibid. p. 6

El potencial de aprendizaje del participante puede valorarse a través de la denominada zona de desarrollo próximo, concepto muy importante en la psicología de Vigotsky que permite ubicar el papel del facilitador y la naturaleza interpersonal del aprendizaje (ZDP) posee un límite inferior dado por el nivel de ejecución que logra el participante trabajando de forma independiente o sin ayuda, y un límite superior, al que el participante puede acceder con ayuda de un facilitador.

Por lo anterior, es necesario que mediante un proceso de reflexión sobre el contexto y características de sus participantes, el facilitador decida el método de enseñanza considerando:

- Las características, carencias y conocimientos previos de sus participantes
- La tarea de aprendizaje a realizar
- Los contenidos y materiales de estudio
- Las intencionalidades u objetivos perseguidos
- La infraestructura y facilidades existentes
- El sentido de la actividad educativa y su valor real en la formación del participante.

"Según Rogoff (1984), existen cinco principios generales que caracterizan las situaciones de enseñanza-aprendizaje, donde ocurre un proceso de participación guiada con la intervención del facilitador:

1. Se proporciona al participante un puente entre la información de que dispone (sus conocimientos previos) y el nuevo conocimiento.
2. Se ofrece una estructura de conjunto para el desarrollo de la actividad o la realización de la tarea.
3. Se traspasa de forma progresiva el control y la responsabilidad del pedagogo hacia el participante.
4. Se manifiesta una intervención activa del facilitador y el participante.

5. Aparecen de manera explícita e implícita las formas de interacción habituales entre facilitador y participantes, las cuales no son simétricas, dado el papel que desempeña el pedagogo como facilitador del proceso.

Los tres ejes de los cuales se conforma un programa de formación de facilitadores que asegure la pertinencia, la aplicabilidad y la permanencia de lo aprendido son los siguientes:

- El de la adquisición y profundización de un marco teórico-conceptual sobre los procesos individuales, interpersonales y grupales que intervienen en el aula y posibilitan la adquisición de un aprendizaje significativo.
- El de la reflexión crítica en y sobre la propia práctica pedagógica, con la intención de proporcionarle instrumentos de análisis de su quehacer, tanto a nivel de la organización y curricular, como en el contexto del aula.
- El que conduce a la generación de prácticas alternativas innovadoras a su labor como facilitador, que le permitan una intervención directa sobre los procesos educativos."[41]

Un facilitador constructivista es un mediador entre el conocimiento y el aprendizaje de sus participantes, comparte experiencias y saberes en un proceso de negociación o construcción conjunta (co-construcción) del conocimiento, es reflexivo, que piensa críticamente su práctica, toma decisiones y soluciona problemas pertinentes al contexto de su práctica pedagógica, promueve aprendizajes significativos, que tengan sentido y sean funcionales para los participantes, presta una ayuda pedagógica ajustada a la diversidad de necesidades, intereses y situaciones en que se involucran sus participantes y establece como meta la autonomía y auto dirección del participante, la cual apoya en un proceso gradual de transferencia de la responsabilidad y del control de los aprendizajes, a esto se le conoce como "andamiaje" en la corriente sociocultural vigotskiana.

[41] Ibid. p. 8

## 2.5 ENSEÑANZA PARA UN APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

"La enseñanza es una actividad educativa más específica, intencional y planeada para facilitar que determinados individuos se apropien y elaboren con creatividad cierta porción del saber o alternativas de solución a algún problema".[42]

Desde la perspectiva constructivista, la enseñanza es un proceso que pretende apoyar el logro de aprendizajes significativos.

La calidad de la enseñaza exige dominio del tema y competencia para enseñar con base a estrategias de enseñanza, la verdadera enseñanza es la que asegura el aprendizaje.

El aprender sobre la naturaleza y estructura del conocimiento ayuda al participante a entender cómo se aprende. El conocimiento sobre el aprendizaje nos sirve para mostrarnos cómo construimos el nuevo conocimiento los seres humanos.

El aprender sobre la enseñanza, permite comprender la importancia de propiciar nuevos esquemas de acción lógica, crítica o real, que abren nuevas perspectivas sobre el mundo, o facilita la construcción o coordinación de nuevas estrategias y habilidades de pensamiento en algún campo de la vida, de la ciencia, de la cultura, o del trabajo profesional.

Los contenidos con sentido como lo es el grado de interés, significado, utilidad y aplicación, la estructura cognitiva del que aprende y el contexto del aprendizaje, facilita la adquisición de significados y optimiza el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La contextualización del proceso enseñanza-aprendizaje, debe ser analizado con un enfoque que incluya los entornos:

---

[42] FLÓRES OCHOA, Rafael. Evaluación pedagógica y cognición. Mc Graw Hill, Colombia, 2000, p.xx

- socio-natural y cultural: implica el entorno familiar, habitacional, educativo y cultural, entre otros.
- bio-psico-social: enmarca los procesos de socialización, motivación, comunicación, intercambio de significados, atribución de valores, relación entre el aprendizaje y las metas personales, entre otros.

Cada uno de estos aspectos juega un papel muy importante en el "proceso a través del cual una nueva información, un nuevo conocimiento se relaciona de manera no arbitraria y sustantiva con la estructura cognitiva de la persona que aprende", éste es el concepto original del aprendizaje significativo creado por David Ausbel (1963 a 1968).[43]

Para aprender a hacer, es importante reflexionar que el que aprende significativamente, enseña significativamente, es por ello que el facilitador es quien debe atribuir el real significado a la enseñanza, debe adecuar las estrategias e instrumentos y contextualizar el aprendizaje.

Resignificar la enseñanza en cuanto a la importancia de formar personas, autorrealizadas, libres, con criterios capaces de manejar información significativa y tomar buenas decisiones, trabajar cooperativamente, adaptarse fácilmente a nuevas situaciones y resolver creativamente problemas personales y de su comunidad, implica analizar la importancia que tiene reasignar nuevos significados a la enseñanza en cuanto a:

- la orientación del aprendizaje significativo
- la dirección hacia el logro de saberes en los participantes
- la identificación de procedimientos y estrategias de apoyo para el desarrollo de procesos

---

[43] QUIROGA, E. El nuevo contexto educativo, la significación en el aprendizaje de la enseñanza. México, ttp:www.cnep.org mx/información/modelos/aprendizajesig.htm. Mayo de 2003.

- la identificación y aceptación de nuevos roles en un curso y dentro de una organización
- cambio en la práctica pedagógica y el nuevo concepto de enseñar que es investigar.

"Son cinco los componentes del enfoque del cambio conceptual de la enseñanza para un aprendizaje significativo:

1. Introducción: Para lograr el cambio conceptual de la enseñanza dirigido al logro de un aprendizaje significativo, el facilitador proporciona organizadores avanzados, revisión y motivación de experiencias.

2. Punto central: En los que los participantes son testigos de un evento y se plantea un problema, el facilitador proporciona oportunidades a los participantes para hacer explícitas sus opiniones y explicaciones de los eventos.

3. Desafío y desarrollo: El conflicto se introduce a través de la presentación de un evento discrepante y/o cuestionamiento, en el que los participantes se reflejan en sus planteamientos; es entonces, cuando se introducen nuevas ideas que resuelven las discrepancias, por ejemplo, nuevas analogías.

4. Aplicación: Los participantes resuelven los problemas mediante las nuevas ideas; analizan y debaten sus méritos.

5. Resumen: El Facilitador y/o los participantes sintetizan los hallazgos y los vinculan a otras lecciones o circunstancias."[44]

[44] FLÓRES OCHOA, Rafael. Evaluación pedagógica y cognición. Mc Graw Hill, Colombia, 2000, p. 45

Este enfoque permite aplicar una enseñanza que asegure que los participantes formulen de forma adecuada el problema y las soluciones propuestas, para que el aprendizaje sea significativo, y permita desplazar al viejo conocimiento por la nueva teoría aprendida, a su vez forme habilidades cognitivas que propicien en los participantes el pensamiento inductivo a través de estrategias y actividades secuenciales y estimuladas por el facilitador en un proceso inductivo.

Los facilitadores cognitivos empeñan su enseñanza en lograr que los participantes aprendan a pensar, se autoenriquezcan en su interioridad con estructuras, esquemas y operaciones mentales internas que les permitan resolver, y decidir con éxito situaciones académicas, laborales y vivenciales. Es en este sentido que los aprendizajes deben ser significativos y requieren de la reflexión y comprensión.

El logro del aprendizaje significativo está condicionado no sólo por factores de orden intelectual, sino que requiere como condición básica y necesaria una disposición o voluntad por aprender; es decir, de motivación, sin la cual todo tipo de ayuda pedagógica estará condenada al fracaso.

La motivación influye y se relaciona con la forma de pensar del participante, las metas, el esfuerzo y persistencia, la estrategia de estudio; es decir, querer aprender y saber pensar son las condiciones básicas que permiten la adquisición de nuevos conocimientos y la aplicación de lo aprendido de forma efectiva cuando se necesita.

La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta, es lo que induce a una persona a llevar a la práctica una acción. Cuando la acción es movida por una tendencia natural e interior se le conoce como motivación intrínseca y cuando la acción es movida por un beneficio o recompensa externa se le considera como motivación extrínseca.

La motivación en el logro del aprendizaje significativo se relaciona con la necesidad de fomentar el interés y el esfuerzo necesarios, siendo labor del facilitador ofrecer la

dirección y la guía pertinentes en cada situación, para lo cual existen estrategias de enseñanza o procedimientos que el facilitador utiliza en forma reflexiva y flexible, es decir, son medios o recursos para enriquecer el proceso de enseñanza-aprendizaje.

"La motivación depende de:

- Factores relacionados con el participante: tipos de metas que establece, perspectiva asumida ante el estudio, expectativas de logro, atribuciones de éxito y fracaso, habilidades de estudio, planeación y automonitoreo, manejo de la ansiedad, autoeficacia.
- Factores relacionados con el facilitador: actuación pedagógica, manejo interpersonal, mensajes y retroalimentación con los alumnos, organización del curso, comportamientos que modela, formas en que recompensa y sanciona a los participantes.
- Factores contextuales: valores y prácticas de la comunidad educativa, proyecto educativo, clima de aula, influencias familiares y culturales.
- Factores instruccionales: la aplicación de principios motivacionales para diseñar la enseñanza y la evaluación".[45]

Lo que se busca en el aprendizaje significativo es que la atención, el esfuerzo y el pensamiento sean guiados por el deseo de comprender, elaborar e integrar significativamente la información, es decir, que sea orientada claramente por una motivación de tipo intrínseca, que procure los intereses personales, que ejerza las capacidades propias y que la actividad que se realiza para aprender resulte recompensante en sí misma.

Para lo cual, es necesario tener presentes los siguientes aspectos para considerar qué tipo de estrategia de enseñanza es la indicada para utilizar en ciertos momentos dentro de una sesión, tomando como estrategia de enseñanza a los procedimientos

[45] DÍAZ-BARRIGA Y HERNÁNDEZ. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. Mc Graw Hill, México, 2002, p. 72

que se utilizan para promover el logro de aprendizajes significativos en los participantes:

1. Características generales de los aprendices, es decir, hay que tomar en cuenta el nivel de desarrollo cognitivo, conocimientos previos, factores motivacionales, entre otros.
2. Partir de sus conocimientos previos, tipo de dominio del conocimiento en general y del contenido en particular, que se va a abordar, para dosificar la cantidad de información nueva.
3. La intencionalidad o meta que se desea lograr y las actividades cognitivas y pedagógicas que debe realizar el participante para conseguirla.
4. Vigilancia constante del proceso de enseñanza, ya sea de las estrategias de enseñanza empleadas previamente, así como del progreso y aprendizaje de los participantes.
5. Determinación del contexto creado con los participantes hasta ese momento, por ejemplo el conocimiento ya compartido.
6. Promoción de la reflexión sobre los conocimientos adquiridos.
7. Fomento de la cooperación y la participación, así como de la interacción entre los participantes y el facilitador.

Queda en el facilitador la toma de decisiones estratégicas para utilizarlas del mejor modo posible, si no se toman en consideración estos factores, el uso y posibilidades de las estrategias de enseñanza se verían seriamente disminuídos, perdiendo su efecto e impacto en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

"Algunas de las estrategias de enseñanza más representativas son las siguientes:

Estrategias preinstruccionales: preparan y alertan al participante en relación con qué y cómo va a aprender; esencialmente tratan de incidir en la activación de conocimientos y experiencias previas, sirven para ubicar al participante en el contexto conceptual apropiado y para que genere expectativas adecuadas.

- Objetivos: Enunciados que establecen condiciones, tipo de actividad y forma de evaluación del aprendizaje del participante. Como estrategias de enseñanza compartidas con los participantes, generan expectativas apropiadas.
- Organizadores previos: Representaciones visuales, explicaciones o patrones de información como cuadros sinópticos.

Estrategias coinstruccionales: apoyan los contenidos durante el proceso mismo de enseñanza-aprendizaje. Cubren funciones para que el participante mejore la atención e igualmente detecte la información principal, logre una mejor codificación y conceptualización de los contenidos de aprendizaje y organice, estructure e interrelacione las ideas importantes. Se trata de funciones relacionadas con el logro de un aprendizaje con comprensión.

- Ilustraciones: Representaciones visuales de objetos o situaciones sobre una teoría o tema específico (fotografías, dibujos, dramatizaciones, etcétera.)
- Analogías: Proposiciones que indican que una cosa o evento concreto y familiar, es semejante a otro desconocido y abstracto o complejo.
- Preguntas intercaladas: Preguntas insertadas en la situación de enseñanza o en un texto. Mantienen la atención y favorecen la práctica, la retención y la obtención de información relevante.
- Señalizaciones: Señalamientos que se hacen en un texto o en la situación de enseñanza para enfatizar u organizar elementos relevantes del contenido por aprender.

Estrategias postinstruccionales: Se presentan al término del episodio de enseñanza y permiten al participante formar una visión sintética, integradora e incluso crítica del material y les permite incluso valorar su propio aprendizaje.

- Resúmenes: Síntesis y abstracciones de la información relevante de un discurso oral o escrito. Enfatizan conceptos clave, principios y argumento central.
- Mapas y redes conceptuales: Representaciones gráficas de esquemas de conocimiento que indican conceptos, proposiciones y explicaciones.
- Organizadores textuales: Organizaciones de un discurso que influyen en la comprensión y el recuerdo."[46]

El empleo de estrategias de enseñanza puede contribuir a que ocurran aprendizajes valiosos y significativos en los participantes y deben ser utilizadas intencional y flexiblemente por el facilitador.

[46] Ibid. p.142

# CAPITULO III

# CAPACITACIÓN EN RIESGO REPRODUCTIVO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## 3. CAPACITACION EN RIESGO REPRODUCTIVO Y PLANIFICACIÓN FMILIAR

### 3.1 CÍRCULO EXPERIENCIAL DE APRENDIZAJE

La comunicación como parte de la calidad de los servicios, así como Los factores que influyen el comportamiento y la salud reproductiva de los individuos, pone en evidencia la necesidad que tienen los prestadores de servicios de salud del I.M.S.S., de optimizar todas las oportunidades que se les presenten de orientar a los usuarios sobre las conductas y medidas que favorecen el cuidado de la salud reproductiva y reducir así las condiciones de vulnerabilidad en que vive la mayoría.

Esta interacción se ve favorecida si ocurre en un clima de confianza, respeto y confidencialidad que facilite a los participantes expresar sus dudas y temores, sintiéndose tratados como personas capaces de decidir y actuar responsablemente.

Con base en esta necesidad, se inicia la aplicación del Modelo de Capacitación en Salud Reproductiva, la cual se enmarca en los principios de la educación participativa para adultos basada en la metodología del "Círculo experiencial de aprendizaje" - CEA -, que pretende no sólo que los prestadores de servicio tengan la sensibilidad para acercarse al usuario, sino que utilicen de la mejor manera los momentos de interacción. Esto implica, por una parte, saber escuchar y por otra, lograr que los usuarios vean en sus mensajes la utilidad de lo que se les está diciendo o proponiendo.

Desde el punto de vista constructivista el conocimiento se construye activamente y requiere de una enseñanza en donde el participante piensa y actúa sobre contenidos significativos y contextuados dirigido a un aprendizaje con sentido, es aquí donde el Modelo de Capacitación en Salud Reproductiva bajo la metodología del "Círculo Experiencial de aprendizaje", se fundamenta ampliamente al incluir elementos educativos tales como la participación, la flexibilidad y la practicidad; así como el uso de la experiencia, análisis, generalización y aplicación que lleva a los participantes a un aprendizaje aplicable a nuevas circunstancias.

La calidad de la comunicación es parte de la calidad de los servicios, y en la medida en que la comunicación logre fluir y el usuario expresar con tranquilidad sus necesidades, se abren las posibilidades de que desarrolle conductas de autocuidado y asuma un papel más participativo en las decisiones que competen a su vida, su cuerpo, su sexualidad y su salud, obteniendo la posibilidad de elegir y no simplemente de ceder frente a lo que dice el prestador de servicios.

En el contexto de la presente metodología de educación para adultos, los elementos fundamentales son: la participación, la flexibilidad y la practicidad.

La participación se entiende como la vinculación real, activa y organizada de grupos de prestadores de servicios de salud que se reconocen con una voluntad común para abordar las demandas de atención integral en el área de la salud reproductiva.

Por otra parte, el concepto de flexibilidad hace alusión al hecho de que la producción de conocimiento (científico, tecnológico, disciplinario) es un proceso cambiante que reclama una reacción similar a las personas e instituciones involucradas en su construcción y que se manifiesta en la posibilidad de disponer de un diseño curricular dinámico y abierto al cambio.

La practicidad maneja la vinculación de la teoría y la práctica no como la suma de momentos teóricos y de momentos prácticos, sino como la relación teórico-práctica permanente en todas las áreas del conocimiento. Esto quiere decir que el proceso de aprendizaje (tanto al nivel de contenidos como de estrategias metodológicas) está integrado a la práctica cotidiana de los participantes en su trabajo. En este sentido, no se trata de crear experiencias prácticas artificiales, sino de tomar como punto de partida para los procesos de aprendizaje, lo que el participante hizo o hace, bien para extraer conocimiento a partir de la reflexión de su experiencia y del enriquecimiento teórico, o bien, para cualificar técnicamente la parte práctica.

El Círculo Experiencial de Aprendizaje, es un modelo metodológico que orienta tanto el diseño como el desarrollo de los procesos educativos, dicho modelo, contempla cuatro pasos en la siguiente secuencia: experiencia, análisis, generalización y aplicación. El recorrido a través de estos momentos permite que los participantes en cuanto individuos y como grupo, incursionen en una experiencia concreta, que da pie y se complementa con una serie de reflexiones y observaciones que conducen luego al planteamiento de conclusiones más amplias y termina con el reto, bien sea, de ponerlas en práctica o de probar sus implicaciones en nuevas circunstancias.

En esta perspectiva, el aprendizaje, en cuanto proceso de generación del conocimiento a través de la transformación de la experiencia, requiere tanto de lo abstracto como de lo concreto y de la reflexión como de la acción, marcando una transición permanente de la teoría a la práctica. Así mismo, es un proceso en espiral que va adquiriendo una complejidad creciente cada vez que se completan las etapas de un ciclo.

Esta organización del proceso de aprendizaje, representa a su vez, una guía para el análisis y selección de las técnicas educativas en función de sus potenciales aportes a los diferentes momentos del ciclo, las características de los participantes y la cultura institucional.

A continuación se describen las principales características de los pasos metodológicos.

**Experiencia:**

El punto de partida del nuevo aprendizaje es la experiencia, lo cual tiene una doble connotación: que los participantes traigan a la situación de aprendizaje sus propias experiencias y que se involucren personalmente en una actividad inicial que representa una experiencia de aprendizaje generadora de una serie de datos que se irán procesando y sistematizando en las etapas sucesivas.

Esta etapa se estructura de forma tal que el grupo pueda participar activamente en "hacer" algo. Hacer en este caso tiene una definición bastante amplia y pudiera incluir charlas, demostraciones, observaciones, lecturas, etcétera.

**Análisis:**

Una vez que está concluida la etapa de la experiencia, el grupo guiado por el facilitador pasa a la etapa de análisis. Durante ésta, los participantes reflexionan en forma individual y/o colectiva sobre la actividad emprendida durante la etapa de la experiencia y comparten sus reacciones en forma estructurada. Esto puede ocurrir sobre una base individual, grupal y/o plenaria.

Los pensamientos y sentimientos que comparten los participantes se van vinculando entre sí para derivar algún significado de la experiencia. Este momento se apoya, sobre todo, en técnicas de reflexión, preguntas generadoras y grupos de discusión, las cuales contribuyen a la objetividad y el razonamiento cuidadoso bien sea, para la formación de opiniones o para la comprensión de una situación.

**Generalización:**

La etapa de generalización es la parte del aprendizaje experiencial en la que los participantes sacan conclusiones tomando como base las dos etapas anteriores. Representa la oportunidad de sistematizar el conocimiento empírico obtenido de la experiencia y de elevarlo a un plano conceptual que permite un abordaje científico en la comprensión de una realidad.

Esta etapa, por lo general, está estructurada de forma que los participantes trabajen primero individualmente y luego compartan conclusiones entre sí promoviéndose el aprendizaje entre ellos mismos.

**Aplicación:**

En esta etapa los participantes, con base en los conocimientos y conclusiones obtenidas durante las etapas precedentes, formulan planes para aplicar sus aprendizajes en sus contextos institucionales y culturales. Las acciones que se

planifican dependen, en mucho, de los antecedentes y necesidades específicas de cada grupo.

Este momento, que permite la decisión de actuar sobre una situación con el propósito de influir en ella y propiciar algún cambio, tiene como núcleo las decisiones de cambio personal que previamente hayan tomado los participantes.

Entre las técnicas que apoyan este paso están las reflexiones grupales y los planes de trabajo.

La metodología del Círculo Experiencial de Aprendizaje - CEA – constituye una oportunidad para poner en práctica importantes lineamientos de la teoría educativa en el campo de la educación de adultos.

En relación con los participantes:

- Los procesos de aprendizaje se enfocan sobre los intereses y necesidades de los participantes y, a partir de allí, se define el alcance de los contenidos y el ritmo del aprendizaje.
- Los participantes se ubican en el centro del proceso de aprendizaje como sujetos del mismo.
- Los participantes se integran al proceso de aprendizaje como seres humanos completos con todas sus dimensiones: histórica, intelectual y afectiva.
- La educación toma como referencia el contexto sociocultural en que están inmersos los participantes.
- La educación contribuye a que los participantes desarrollen su potencial individual y/o colectivo.

En relación con técnicas y contenidos:

- La planeación y desarrollo de los procesos de aprendizaje ponen atención tanto en los contenidos como en las técnicas y actividades.
- Los contenidos guardan relación con una realidad de vida o de trabajo que los participantes conocen bien y le da sentido y utilidad a los nuevos aprendizajes.

- El aprendizaje se organiza como un proceso en el cual se alternan la teoría y la práctica.
- El diseño de las actividades respeta los ritmos de aprendizaje de manera que los participantes puedan contrastar y validar cada nuevo conocimiento con su propia experiencia.
- La planeación de las experiencias lleva una secuencia de lo conocido a lo desconocido, de lo simple a lo complejo; de lo concreto a lo abstracto; de lo práctico a lo teórico; del presente al futuro.
- La selección de técnicas se realiza con base en las posibilidades que ofrecen para operacionalizar un paso específico del Círculo Experiencial de Aprendizaje - CEA – o una secuencia de ellos.

En relación con el papel del facilitador:

- Ayuda a los participantes a identificar las necesidades de aprendizaje.
- Se integra con los participantes como parte de un equipo que va tras los mismos objetivos y comparte la responsabilidad del proceso.
- Estimula la comunicación clara, directa y concisa, practicando y enseñando las destrezas de facilitación: parafrasear, preguntar, resumir, escuchar activamente, animar, retroalimentar, etcétera.
- Ayuda a crear un clima entusiasta y un sentimiento de autovaloración en los participantes.
- Utiliza datos cercanos a la realidad de los participantes para el análisis de las situaciones.
- Confronta a los participantes con su realidad mediante la aplicación de los nuevos conceptos en los contextos en que se desenvuelven.
- Prevee mecanismos para el seguimiento de los participantes después de cada evento de capacitación y estimula encuentros para el intercambio de experiencias.

La facilitación y cofacilitación:

En concordancia con las exigencias del Círculo Experiencial de Aprendizaje, no cabe un docente con la función exclusiva de ser el expositor de una materia y es por ello que la facilitación se constituye en la estrategia que genera las condiciones necesarias y suficientes para que los participantes se ubiquen en el centro del proceso y puedan interactuar con el facilitador y cofacilitador.

La facilitación del aprendizaje implica un doble papel, flexible y dinámico: por un lado, un alto compromiso afectivo que significa estar dentro, identificándose con el proceso y con el grupo y del otro lado, un papel de observador que alerta para poder hacer los señalamientos y esclarecimientos que permitan al grupo reconocer los avances en el proceso y tomar conciencia de los factores perturbadores de la tarea que vayan apareciendo.

Al facilitador le compete un papel de orientación, lo que supone que está capacitado para hacer buenas preguntas más que para dar buenas respuestas. En este sentido, importa tanto su formación en áreas de la salud reproductiva como su preparación metodológica para el desarrollo del modelo del CEA. Por otra parte, debe tener la sensibilidad para valorar los avances que va alcanzando el grupo y, sin perder de vista la lógica del diseño de las sesiones, estar en capacidad de introducir algún cambio que considere va a redundar en la calidad del aprendizaje.

La cofacilitación ocurre cuando dos facilitadores trabajan juntos para diseñar y realizar una sesión de capacitación; sin embargo, es mucho más complejo que el turnarse. La cofacilitación requiere a dos facilitadores que combinan su competencia, experiencia y conocimientos especializados para diseñar, planificar y realizar una sesión de capacitación o programa conjuntamente, permitiendo que el efecto sinergista contribuya a un producto mejor que si lo hubieran hecho individualmente.

Los dos facilitadores trabajan en colaboración para diseñar la sesión de capacitación, combinando las ideas de ambos para determinar qué desean lograr con esa sesión y cuáles serían las técnicas educativas a utilizar. Una vez que se ha preparado el

diseño, los facilitadores deciden quién toma la iniciativa en dirigir determinadas partes de la sesión.

Mientras que un facilitador asume la responsabilidad principal, el cofacilitador apoya al facilitador en la realización de la sesión, observa el proceso para determinar cómo se están alcanzando las metas de aprendizaje, añade puntos pertinentes para complementar la discusión, participa para aclarar puntos, supervisa las tareas en grupos pequeños, ayuda a responder a las necesidades o preguntas de indagación que el facilitador principal pudiera haber ignorado, entre otros. Por lo general, la responsabilidad principal cambiará de un facilitador a otro durante el transcurso del evento.

Las destrezas eficaces de facilitación incluyen:

**Parafrasear.-** el facilitador, utilizando sus propias palabras trata de expresar lo que el participante que habla le está diciendo y siente. La finalidad de parafrasear consiste en constatar que lo que se está entendiendo es lo que se quiso decir.

**Preguntar.-** el facilitador, hace preguntas abiertas y cerradas para ampliar la comprensión de la situación que se presenta.

Las preguntas cerradas se responden con una palabra, generalmente si/no por esto sirven poco para establecer un diálogo y conocer mejor al interlocutor. Las preguntas abiertas por el contrario, obligan al participante a proporcionar respuestas más elaboradas en las cuales plantea sus propios análisis y refleja su opinión.

**Resumir.-** el facilitador, identifica y verbaliza los momentos clave de la conversación. El uso de resúmenes permite cerrar una etapa de la discusión y abrir la siguiente. Es un recurso valioso para controlar el ritmo y el tiempo de las intervenciones.

**Escuchar activamente.-** el facilitador concentra su atención sobre lo que el participante está queriendo expresar y mediante expresiones verbales y no verbales le hace sentir que está siendo escuchado.

**Animar.-** el facilitador mediante expresiones verbales y lenguaje corporal ayuda al participante para que se exprese más ampliamente acerca de la situación.

El manejo del Círculo Experiencial de Aprendizaje permite una educación continua y permanente. Con este enfoque, la capacitación rebasa el esquema de eventos programados y se proyecta hacia un manejo más propositivo de las interacciones de los prestadores de servicio con usuarios y grupos informales. Esto significa una posibilidad para que cada encuentro con los usuarios sea una sesión de capacitación.

El desarrollo de una sesión de aprendizaje basada en el CEA incluye recomendaciones metodológicas, es aquí donde la participación del Pedagogo representa un apoyo fundamental en el proceso, realiza siete pasos en los cuales el facilitador y los cofacilitadores deben poner atención en puntos específicos.

☆ Establecimiento del clima:

- Cuidar que el salón en el que va a trabajar tenga buena luz y ventilación adecuada, un ambiente que favorezca los trabajos de reflexión individual y grupal.

- Organizar el salón con cuatro mesas de trabajo para seis personas cada una. El número óptimo de participantes es 24

- Iniciar siempre con las actividades de contextualización y ambientación. El tiempo que aquí se invierta redundará en una mejor dinámica de trabajo y por tanto, no hay que obviar este paso.

- Promover el interés y la curiosidad haciendo que los participantes reflexionen sobre el tema a tratar. En la revisión previa que el facilitador y cofacilitador hacen de la sesión se preparan algunas preguntas con este fin.

- Explicar la importancia y utilidad que el tema pudiera tener para los participantes.

- Ubicar la sesión dentro del plan general de la capacitación, explicando cómo se relaciona con sesiones anteriores y cómo en sesiones sucesivas se podrán ampliar o reforzar los elementos tratados en la sesión actual.

☆ Aclaración sobre los objetivos:

- Presentar a los participantes frases que describen la intención, dirección, o propósito de la actividad de capacitación.

- Proporcionar a los participantes la oportunidad de pedir aclaraciones sobre los objetivos, añadir otros asuntos o discutir inquietudes.

☆ Desarrollo de la etapa de experiencia:

- Efectuar una actividad de grupo que proporcione a los participantes la oportunidad de recuperar su experiencia acerca de la situación a la que se refiere la capacitación.
- Hacer de esta experiencia un evento generador de datos a los cuales los participantes pueden hacer referencia mientras completan los otros pasos del ciclo de aprendizaje.

☆ Desarrollo de la etapa de análisis:

- Analizar, conjuntamente con los participantes los elementos que arroja la experiencia para construir una serie de parámetros o de esquemas para el abordaje de esa situación.

- Guiar el proceso mediante preguntas generadoras que favorezcan la superación de posiciones simplistas y apunten a una reflexión multifacética de la situación.

☆ Desarrollo de la etapa de generalización:

- Inferir, a partir del análisis, algunos elementos que pueden ser generalizados y lograr acotar las particularidades en las que no se aplican.

☆ Desarrollo de la etapa de aplicación:

- Utilizar las lecciones y conclusiones obtenidas en los pasos anteriores para la elaboración de planes de acción en los contextos en que se desenvuelven los participantes.

☆ Cierre:

- Sintetizar las etapas de la sesión.
- Repasar los objetivos y tratar de establecer en qué medida se cumplieron.
- Marcar los puntos más importantes del aprendizaje grupal.
- Relacionar los logros de la sesión que se concluye con los objetivos y contenidos de las sesiones subsiguientes.
- Revisar el diseño junto con el cofacilitador para analizar si se requiere algún ajuste.

El manejo del Círculo Experiencial de Aprendizaje CEA, permite una educación continua y permanente. Con este enfoque, la capacitación rebasa el esquema de eventos programados y se proyecta hacia un manejo más propositivo de las interacciones de los prestadores de servicio con usuarios y grupos informales. Esto significa una posibilidad para que cada encuentro con los usuarios devenga una sesión de capacitación.

### 3.1.1 TECNICAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

"Las técnicas son procedimientos y recursos que sirven de instrumentos para crear un ambiente propicio para el aprendizaje, disminuir tensiones grupales y lograr un objetivo específico que permita complementar el proceso de enseñanza – aprendizaje" [47]

---

[47] Centro de educación popular (CEDEPO). Técnicas participativas para la educación pupular. Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1998, p. 3

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Para la aplicación de las técnicas de enseñanza – aprendizaje se requiere de precisar claramente el objetivo que se desea alcanzar, de revisar bibliografía sobre trabajo grupal para seleccionar y adecuar la técnica que más se ajuste a las necesidades puntuales de la capacitación y a las características del grupo con el que se va a trabajar, así como de ejercitar la técnica antes de tomar la decisión de utilizarla.

El dominio de la técnica y sus posibles variantes permitirá al facilitador ubicar las etapas en que se utilizará la técnica y registrarlo en el marco metodológico: microplaneación, lo cual permite priorizar el proceso de aprendizaje que desencadena la técnica y no lo atractivo de la técnica en sí.

Desarrollar el procedimiento de la técnica con "sus propias palabras" y en el marco del "sentido común" Logrará que los participantes se imaginen "cómo pueden sentirse" durante el desarrollo de la misma.

En general los diferentes tipos de técnicas se ubican indistintamente en una o varias etapas del CEA y también fuera de éste cuando se trata de crear un ambiente de aprendizaje o hacer una evaluación cualitativa.

Las técnicas de enseñanza – aprendizaje se relacionan con el CEA de la siguiente manera:

Etapa de Experiencia: en donde el objetivo central es animar, cohesionar, crear un ambiente fraterno y participativo.

- Técnicas de sensibilización, ambientación, animación y presentación.

Etapa de Análisis: en donde el objetivo es dar elementos simbólicos que permitan reflexionar sobre situaciones de la vida real.

- Técnica sobre valores, juego de roles

Etapa de Generalización: el objetivo es llegar a una conclusión sobre un hecho concreto.

- Técnicas de negociación, toma de decisiones y consenso.

Etapa de Aplicación: el objetivo es conocer y desarrollar la utilidad de lo aprendido.

- Técnicas de planificación y seguimiento.

Evaluación cualitativa:

- Técnicas breves: adjetivos, escalas, símbolos y gráficas.

Las técnicas utilizadas en el CEA son:

a) Trabajo en pequeños grupos:

Sirve para:

- Desarrollar tareas específicas de carácter teórico o práctico.
- Reflexionar colectivamente sobre un tema determinado.
- Profundizar el análisis de un tópico previamente seleccionado.

Se requiere:

- Identificar con claridad qué se quiere lograr con la tarea.
- Preparar con anticipación el material que sea necesario para realizar la tarea.
- Elaborar un cartel con las instrucciones de la tarea en donde se indique: número de participantes por cada grupo, descripción de los pasos para realizar la tarea y tipo de informe a presentar.

Sus pasos son:

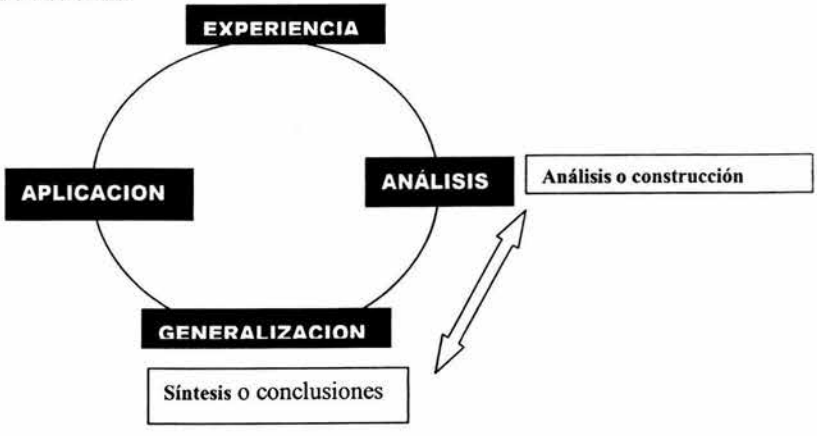
- Explicar la razón fundamental para realizar la tarea.
- Intercambiar puntos de vista entre los participantes sobre la importancia que tendría para ellos la ejecución de la tarea.
- Explicar la tarea utilizando el cartel de instrucciones y el material respectivo.

- Orientar la ejecución de la tarea.
- Presentar los informes en plenaria.

Se recomienda:

- Formar grupos de tres a cinco participantes.
- Asignar tiempo suficiente para la tarea.
- Mantener el control del grupo.
- Asegurar que el grupo ha comprendido la tarea.
- Planear la manera en la que se sintetizarán los informes presentados.
- Utilizar la destreza y habilidades de facilitación para orientar la discusión, el aprendizaje las conclusiones durante la plenaria final.
- Prever la técnica para dar continuidad al trabajo en pequeños grupos.

Su correlación con el CEA:




**b)** Demostración:

Sirve para:

Mostrar las etapas o pasos concretos de un procedimiento técnico-médico.

Se requiere:

- Planear en detalle el procedimiento sobre el que se va a capacitar.
- Dominar la teoría y práctica del procedimiento técnico-médico que se va a demostrar.
- Contar con el instrumental y los recursos necesarios para hacer la demostración.
- Preparar un instructivo escrito del procedimiento técnico-médico.

Sus pasos son:

- Explicar brevemente la importancia del tema y el objetivo que se busca con la demostración.
- Ejecutar la demostración intercalando diálogos y preguntas abiertas.
- Integrar la secuencia de la demostración acompañándola de reflexiones generales.
- Ejecutar individualmente o en grupo el procedimiento demostrado.

Se recomienda:

- Disponer de material suficiente para que los subgrupos practiquen la demostración.
- Promover la discusión entre los participantes sobre el procedimiento demostrado.
- Ensayar previamente la demostración.

Su correlación con el CEA:

c) Estudio de caso

Sirve para:

- Identificar y analizar situaciones o problemas específicos en una realidad concreta.
- Identificar los factores que influyen en el éxito o fracaso de un procedimiento técnico.
- Plantear colectivamente soluciones alternativas que promuevan un cambio.

Se requiere:

- Conocer a profundidad la situación o problemas.
- Narrar claramente la situación describiendo por escrito tanto el contexto general como el problema particular.

Sus pasos son:

- Introducir brevemente el tema sobre el que versará el estudio de caso.
- Explicar en términos generales el contenido del "estudio de caso".
- Distribuir el estudio de caso para una lectura individual.
- Conformar pequeños grupos para discutir el estudio de caso a partir de las preguntas establecidas.
- Recolectar la información de los grupos y facilitar una discusión en plenaria hasta llegar a conclusiones y/o consensos.

Se recomienda:

- Emplear "preguntas abiertas" en la elaboración del estudio de caso y durante la discusión en plenaria.
- Evitar detalles secundarios en la narración del caso.
- Poner énfasis en las situaciones relevantes.
- Elaborar preguntas para la discusión del caso que en lo posible se correlacionen con el análisis, la generalización y aplicación de los aprendizajes.

Su correlación con el CEA:

d) Sociodrama:

Sirve para:

- Ampliar la percepción de varios aspectos de la comunicación que inciden en las interacciones humanas.
- Profundizar el análisis del impacto que tienen algunos comportamientos concretos de una persona sobre otra.
- Brindar una nueva perspectiva de lo que "sería la realidad" si se incluyeran ciertos cambios específicos en las interacciones personales.

Se requiere:

- Planear y armar minuciosamente el sociodrama, definir qué se quiere conseguir (objetivo), describir las circunstancias generales que rodean a la presentación (contexto), aclarar en qué consiste el problema (guión, asignación de roles, información particular), preparar el material y decorar el escenario (ambientación).
- Preparar el material escrito sobre la planeación del sociodrama.
- Elaborar una serie de preguntas abiertas para "facilitar" la discusión final en plenaria y conectarlo con el momento del CEA que se esté trabajando.

Sus pasos son:

- Describir al grupo la situación general y particular en que se desarrollará el sociodrama.
- Distribuir papeles y responsabilidades.
- Entregar información escrita solamente a los actores.
- Ampliar la información individualmente.
- Ensayar la dramatización incluyendo la retroalimentación del facilitador.
- Presentar el sociodrama en plenaria.
- Procesar el sociodrama utilizando las "preguntas abiertas" previamente elaboradas.
- Identificar con los participantes las conclusiones y/o aprendizajes.
- Integrar las ideas de los participantes acerca de las posibilidades para aplicar los aprendizajes obtenidos.

Se recomienda:

- Seleccionar el tema del sociodrama siempre que mantenga una conexión con la realidad en que se desenvuelven los participantes.
- Planear un sociodrama de fácil comprensión sin abundar en explicaciones.
- Mantener la animación durante el desarrollo de la técnica.
- Permitir cambios creativos del guión que enriquezcan la participación espontánea.
- Ensayar el guión con anterioridad a la capacitación y analizar los efectos que podrían tener en el grupo de participantes.
- Dejar abiertas las opciones para que los participantes establezcan sus conclusiones propias.

Su correlación con el CEA:

e) Presentación interactiva:

Sirve para:

- Compartir nuevos conocimientos teóricos y/o técnicos.
- Ampliar y/o actualizar los conocimientos sobre algún tema específico.

Se requiere:

- Dominar el tema por parte del facilitador y cofacilitador.
- Organizar cada uno de los puntos clave alternando con comentarios de los participantes.
- Realizar un resumen final.
- Entregar un resumen escrito del tema presentado.

Se recomienda:

- Emplear 40 minutos como máximo para la presentación.
- Pedir la participación de todos.
- Resumir frecuentemente.
- Utilizar ejemplos concretos.

- Realizar preguntas abiertas.
- Intercalar las reflexiones colectivas entre uno y otro segmento de información.

Su correlación con el CEA:

La información sobre la divulgación del enfoque de riesgo reproductivo en Planificación Familiar y sus beneficios para la salud materno infantil, se consideró aceptable en virtud que desde la presentación de este planteamiento, recibió una excelente acogida por el personal médico y paramédico de los niveles operativos de la Institución.

En virtud de lo anterior y con base en los resultados obtenidos del estudio acerca de los conocimientos del personal sobre el tema, se consideró fundamental la participación del personal directivo y operativo de los niveles Delegacionales, Zonales y de Unidades Médicas del Instituto en la elaboración del modelo de capacitación de los recursos humanos.

El modelo se desarrolló enfocado en dos aspectos:

- Un modelo de capacitación para el personal operativo de la institución denominado: Círculo Experiencial de aprendizaje

- Elaboración de Guías didácticas específicas para cada tema.

La capacitación en riesgo reproductivo y Planificación Familiar era un esfuerzo sin precedentes para el I.M.S.S. en materia de enseñanza, por la necesidad de abarcar a un gran número de trabajadores de los equipos de salud, fue necesario poner cuidado especial en que los materiales educativos cumplieran con una serie de requisitos básicos como instrumentos de capacitación. Al respecto, se pueden señalar los siguientes:

. Brindar información simplificada y que resultara accesible a los diferentes roles profesionales (médicos, enfermera, trabajadora social y asistente médica) que integran los equipos de salud mencionados.

. Que dicha información tuviera aplicabilidad inmediata a las actividades concretas que realiza el personal.

. Presentación atractiva y con los recursos didácticos necesarios para permitir una reproducción de la capacitación en gran escala, a través de capacitadores.

Para cumplir con los requisitos anteriormente referidos, en términos de la estructura y diseño de estos materiales educativos, la elaboración consideró los siguientes elementos:

. Un desarrollo conceptual, que partió de las interrelaciones entre los factores de riesgo reproductivo y los daños a la salud materno- infantil.

. Una secuencia operativa, para la utilización adecuada de los métodos anticonceptivos modernos de mayor eficacia, continuidad y aceptabilidad, dirigidos hacia grupos específicos de población.

. Un diseño didáctico, que los convirtiera en instrumentos facilitadores del proceso enseñanza- aprendizaje.

En relación con este último punto, deben señalarse algunos elementos relevantes como los siguientes:

. Estructura por secciones que consta de apartados introductorios, de apoyo didáctico e informativos.

. Información complementaria destinada a ampliar los contenidos temáticos y propiciar la participación grupal.

. Glosario, para facilitar su comprensión, dado que son utilizadas por personal de salud con roles profesionales heterogéneos.

En la planeación se tomó en cuenta que se trataba de materiales destinados a capacitar personal operativo; es decir directamente involucrados en la prestación de servicios de Planificación Familiar; por ello, se consideró esencial desarrollar un proceso participativo en la etapa de elaboración de los materiales, con el fin de que sus contenidos y características resultaran congruentes con las necesidades del trabajo práctico de los equipos de salud.

Para desarrollar el proceso participativo antes mencionado, se presentó a personal directivo y operativo de las diferentes disciplinas profesionales los contenidos básicos de cada uno de los temas en los que se pretendía llevar a cabo la capacitación, para que ellos a la vez la analizaran y mostraran modificaciones tanto en su contenido como en su representación gráfica.

El producto final consistió en producir una serie de nueve Guías Didácticas, denominadas "Temas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar", que abarcan los siguientes temas:

I. Estudio de los Factores de Riesgo Reproductivo.
   - Objetivo general: Reconocer la importancia del enfoque de riesgo reproductivo y la relación de sus principales factores con la mortalidad materna y perinatal.

II. Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo.
   - Objetivo general: Conocer los principios de la aplicación del enfoque de riesgo en la planificación familiar dentro de la atención primaria de la salud materno infantil.

III. Mortalidad Materna.
   - Objetivo general: Reconocer las principales causas de mortalidad materna en el Continente Americano, los principales factores de riesgo reproductivo asociados con ellas y las acciones preventivas y asistenciales tendientes a disminuirla.

IV. Mortalidad del menor de 5 años.
   - Objetivo general: Reconocer la importancia de las acciones médicas tendientes a prevenir la mortalidad del menor de 5 años.

V. Anticoncepción Hormonal.
   - Objetivo general: Reconocer la indicación y contraindicación del uso del método anticonceptivo hormonal.

VI. Dispositivo Intrauterino.
   - Objetivo general: Reconocer la indicación y contraindicación del uso del Dispositivo Intrauterino.

VII. Oclusión tubaria bilateral.
   - Objetivo general: Reconocer la indicación y contraindicación de la Oclusión tubaria bilateral.

VIII. Vasectomía.
   - Objetivo general: Reconocer la indicación y contraindicación de la Vasectomía.

IX. Anticoncepción Posparto y Postaborto
   - Objetivo general: Reconocer la indicación y contraindicación de la anticoncepción posparto y postaborto.

Una vez cumplida la etapa anterior se consideró necesario incorporar las guías didácticas, ya en una fase avanzada de diseño gráfico y de contenidos, en un proceso real de capacitación con el fin de corroborar su utilidad para el aprendizaje y su versatilidad como instrumentos que facilitaran la reproducción de la información.

Cumplida esta segunda etapa y realizados los ajustes correspondientes con la participación de directivos y personal operativo de las diferentes disciplinas profesionales, se sometió el producto final a una evaluación utilizando cuestionarios para análisis de contenidos e imágenes de los apoyos visuales. El sistema de medición empleado fue el método escalar propuesto por la Organización Panamericana de la Salud, el cual permitió calificar el material didáctico a través de un conjunto de reactivos o afirmaciones, donde cada uno de ellos tenía las mismas 5 categorías.

La evaluación del material fue efectuado a través de 2 cuestionarios, uno relacionado con los contenidos que incluye 6 reactivos y otro con 8 reactivos para las imágenes.

La interpretación de los resultados se hizo a través de la suma de reactivos; por ejemplo, cuando todos los items fueron calificados con 5, correspondería al 100.0 por ciento, mientras que cuando todos fueran calificados con 1 correspondería a 0.0 por ciento. Así, el criterio para evaluar el materia fue:

. 87 a 100 por ciento: el material se usaría sin modificaciones.

. 45 a 86 por ciento: el material requeriría reformas.

. 0 a 44 por ciento: el material sería rechazado

El diseño del modelo de capacitación se sustentó con base en la selección de unidades médicas que por su ubicación geográfica ampararan población de todos los estratos sociales y regiones de la ciudad capital, ya que es sabido que al interior de cada una de las unidades médicas también están adscritas personas y familias de distintos niveles socioeconómicos, culturales y profesionales.

Un aspecto que se cuidó también fue que en las unidades seleccionadas se consideraran también tanto unidades de medicina familiar como hospitales de especialidad y hospitales de especialidades; con lo anterior, se lograba también incorporar en el modelo a personal especializado en Gineco obstetricia.

Al interior de las unidades médicas seleccionadas debería de capacitarse el personal de los dos o tres turnos en los que opera la propia unidad. El director fue el responsable de la programación del proceso de capacitación, el Jefe de Enseñanza e Investigación fue el coordinador del proceso y responsable de la ejecución y evaluación de éste, el personal participante en el diseño de los materiales didácticos fungió como profesor en los diferentes temas apoyado por el de otras unidades participantes.

### 3.2 APLICACIÓN DE LA CAPACITACION, PRUEBA PILOTO.

La orientación hacia el cuidado de la salud materno infantil del Programa de Planificación familiar del I.M.S.S. mediante la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo, requería un proceso de validación que midiera con la mayor precisión posible los cambios que pueden producirse en los servicios correspondientes.

Con base en lo anterior, la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil y la Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, iniciaron un proyecto de investigación operacional en dos delegaciones del Instituto en el país.

El proyecto referido tuvo como propósito fundamental estudiar los efectos y repercusiones en el otorgamiento de los servicios de planificación familiar a la población, que resultaron de utilizar el enfoque de riesgo reproductivo.

Dentro de esta investigación se utilizaron diferentes estrategias operativas, con el fin de lograr tanto en la promoción como en la prestación de los servicios de planificación familiar se aplicara el referido enfoque.

Entre ellas, una de las estrategias básicas consistió en la realización de un proceso de capacitación de los integrantes de los equipos de salud que otorgaban los

servicios de planificación familiar en la delegación que fungió como área de estudio, Aguascalientes.

La otra delegación, Querétaro, se utilizó como testigo para propósitos de todas las comparaciones, entre ellas la de los resultados de la capacitación.

La importancia de este aspecto radica en que constituyó la oportunidad para validar con el personal operativo y en el seno de los servicios médicos a la población, los efectos de la capacitación. Así se probaron tanto los materiales educativos, como los procedimientos mismos de enseñanza aprendizaje que conformaron el modelo de capacitación.

Con el fin de conocer el nivel de conocimientos existentes en el personal médico y paramédico de las dos delegaciones en proceso de comparación, se realizó una evaluación de conocimientos en el área de riesgo reproductivo y planificación familiar (anexo 2).

De los datos que comparan los resultados obtenidos en el nivel inicial de conocimientos entre el personal de las dos delegaciones, lo más relevante es lo siguiente:

. No hubo diferencias significativas en los promedios de calificación entre el personal de Aguascalientes y de Querétaro, tanto para los grupos en total, como por categorías.

. La única diferencia al respecto se encontró en las Auxiliares de Enfermería en donde las del área testigo (Querétaro) tuvieron un promedio de calificación sensiblemente inferior (35.3 por ciento) en comparación con Aguascalientes (41.8 por ciento).

Los resultados anteriores permiten confirmar que era similar el nivel de conocimientos del personal médico y paramédico de ambas delegaciones, sobre riesgo reproductivo y planificación familiar. Este elemento permite reforzar la validez, tanto de los resultados de la capacitación obtenidos en el área de estudio, como la

similitud de estas áreas para el desarrollo de sus actividades operativas al inicio del proyecto.

La evaluación de la capacitación se llevó a cabo en las siguientes áreas:

. Conocimientos de los participantes

. Evaluación de facilitadores

. Circunstancias de aprendizaje

. Materiales Didácticos

La duración, contenidos y procedimientos de la capacitación se dividieron en dos modalidades de acuerdo al rol profesional de los alumnos. De esta manera, los cursos correspondientes a personal médico y de enfermería los cuales abarcaron toda la temática sobre riesgo reproductivo y planificación familiar, así como la utilización de los materiales educativos específicos.

En cambio, los cursos impartidos al personal de Trabajo Social y Asistentes Médicas, se orientaron básicamente hacia las actividades de promoción educativa para la población y la utilización de los materiales de esta naturaleza, previa información general sobre aspectos conceptuales del riesgo reproductivo y sus principales factores.

Lo anterior permitió realizar ajustes en las áreas que fuera necesario o bien confirmar que se podría implantar en la operación de la estructura del I.M.S.S. con la seguridad de que funcionaría.

### 3.3 LA CAPACITACION Y SU EXTENSIÓN.

En la evolución de las actividades de planificación familiar en el I.M.S.S., se fue incrementando progresivamente el reconocimiento de las interrelaciones e influencia de la conducta reproductiva en la salud de la población y por lo tanto, de la

necesidad de la integración de la prestación de los servicios de planificación familiar como parte del cuidado de la salud, particularmente del grupo materno-infantil.

La incorporación del concepto de riesgo reproductivo en el pensamiento y en la acción de los prestadores de los servicios de salud, implica básicamente un proceso de capacitación de los recursos humanos, para sistematizar su aplicación en las actividades cotidianas de los equipos de salud.

En el caso del I.M.S.S., el modelo de capacitación cubrió las siguientes etapas:

. De difusión y motivación del enfoque en salud del programa de planificación familiar al personal responsable de la promoción y otorgamiento de los servicios de planificación familiar.

. De detección de necesidades en relación con la valoración del riesgo reproductivo a través de la Forma MF-7. (anexo 3)

. De evaluación de los materiales didácticos.

. De la aplicación del modelo de capacitación.

El objetivo general del modelo de capacitación fue institucionalizar la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo en la promoción y en la prestación de los servicios de planificación familiar.

Así como los objetivos específicos fueron:

- Actualizar los conocimientos del personal de los equipos de salud sobre los factores de riesgo reproductivo y uniformar los criterios para su aplicación en la atención de la población a su cargo.

- Generalizar la valoración del riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil adscritas a las unidades médicas, en los tres niveles de atención.

- Incrementar la promoción y las coberturas de protección anticonceptiva, en función del riesgo reproductivo de la población atendida.

En el proceso de extensión de la capacitación de los recursos humanos sobre salud reproductiva y planificación familiar, se consideraron cuatro aspectos fundamentales: A.- La infraestructura médica del I.M.S.S. que se rige por la regionalización de las diferentes zonas de servicio médico, ya descrita con anterioridad.

B.- La determinación de lograr en el menor tiempo posible la capacitación de un gran número de trabajadores de la salud, al considerar que debe incluirse a todos los integrantes de los equipos de salud (médicos, personal de enfermería, de trabajo social y asistentes médicas, a diferencia de la capacitación en otros campos de la salud, dirigida a grupos específicos de personal.

C.- La necesidad de realizar la capacitación siguiendo un proceso ordenado y controlado con el fin de lograr la mayor homogeneidad de conocimientos y de criterios de su aplicación, con el propósito de que a través de los trabajadores de salud, la población usuaria de los servicios sea capaz de reconocer sus propios factores de riesgo y asumir una conducta reproductiva favorable para el cuidado de la salud.

D.- El diseño e implantación de un sistema de registro e información que permita evaluar a corto y mediano plazo no sólo el cumplimiento de metas cuantitativas, sino lo más importante, sus efectos y repercusiones en la calidad de la promoción y entrega de servicios de planificación familiar.

Las actividades básicas según niveles de responsabilidad, para el desarrollo del proceso de extensión de la capacitación se resumen en las siguientes:

El nivel central: diseño del plan general de actividades, realización de reuniones con los Coordinadores Médicos Delegacionales de salud reproductiva y materno-infantil, de educación médica, de la Atención Médica y Asesoras Delegacionales de Enfermería en salud reproductiva, para fines de organización general del proceso; así como capacitación de grupos de personal aplicativo, seleccionados como facilidadores para la extensión del proceso de actualización en las unidades de

atención médica, diseño del sistema de registro, información y evaluación de las actividades realizadas en el proceso de extensión de la capacitación.

Al nivel delegacional le correspondió la elaboración del plan específico de actividades en la delegación, selección de capacitadores en las unidades médicas, asesoría y apoyo técnico a los capacitadores en las unidades médicas para la extensión de la actualización al nivel aplicativo, coordinación y control del sistema de información de las actividades de actualización realizadas y el análisis y evaluación del proceso de extensión de la actualización en las unidades médicas de la delegación.

En el nivel operativo sus funciones fueron las de programar la extensión de la capacitación, realizar el proceso de extensión de la capacitación de los recursos humanos programados en la unidad médica respectiva, e informar y evaluar la operación del proceso de extensión y de sus efectos y repercusiones.

La extensión del proceso de capacitación pretende disponer de estrategias que permitan desarrollar con eficiencia el proceso de enseñanza aprendizaje con el personal operativo, sobre el enfoque de salud reproductiva, con el fin de que estos elementos de conocimiento sean incorporados en la promoción y el otorgamiento de los servicios de planificación familiar a la población.

El modelo de capacitación fue diseñado para que se aplique a la totalidad del personal integrante de los equipos de salud; es decir, médicos familiares y gineco-obstetras; personal de enfermería; trabajo social y de asistentes médicas adscritas a las unidades médicas del instituto Mexicano del Seguro Social.

Como todo curso de capacitación, tiene una carta descriptiva que integra los elementos necesarios para el desarrollo del curso; éstos son:

- Objetivos generales.
- Objetivos específicos
- Tema

- Tiempo
- Técnica didáctica.
- Material didáctico (nueve guías didácticas y carta descriptiva de la sesión)
- Actividades complementarias.
- Recursos didácticos como diapositivas por tema.
- Responsables.
- Evaluación
- Bibliografía

Es conveniente hacer notar que las guías didácticas en riesgo reproductivo, salud materno-infantil y anticoncepción, están incorporadas como el contenido central de la capacitación. Sin embargo y dado el carácter de estos contenidos, se reforzaron a través de una serie de actividades complementarias, empleando técnicas didácticas sencillas, de fácil realización y que se han demostrado que estimulan la participación activa de los alumnos para la discusión y reforzamiento de temas específicos ya mencionadas en el capítulo anterior. Lo anterior permite asegurar a los facilitadores, que los principales conceptos tratados en el tema han sido aprendidos.

Dado que la capacitación en esta área tiene una finalidad fundamentalmente, que los conocimientos y habilidades adquiridos sean aplicados a las actividades que rutinariamente se ejercen en relación con los servicios de planificación familiar, el curso comprende también una serie de contenidos y actividades destinadas a familiarizar al personal de salud con las normas, instrumentos y procedimientos administrativos que se utilizan en la práctica institucional para aplicar el enfoque de riesgo reproductivo en planificación familiar.

La capacitación del personal operativo en unidades médicas, tuvo períodos diferentes de duración, ya que la frecuencia con la que se distribuyeron los temas fue variable en cada unidad y en donde es recomendable la flexibilidad en los tiempos con el fin de interferir lo menos posible con la atención médica.

El entusiasmo y dedicación mostrado por los participantes, en la elaboración de los materiales didácticos, los resultados obtenidos durante la prueba piloto y el diseño y aplicación del modelo de capacitación de acuerdo con los datos obtenidos, sugerían un éxito institucional, sin embargo, se requería desarrollar una metodología que precisara los logros atribuibles a la capacitación.

# CAPITULO IV

# IMPACTO DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA EN LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL I.M.S.S.

## 4. IMPACTO DE LA CAPACITACION EN SALUD REPRODUCTIVA EN LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL I.M.S.S.

### 4.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION.

El estudio de campo realizado por esa institución, acerca de la detección de necesidades de capacitación de los equipos de salud en el área materno-infantil, en una muestra de 4,137 prestadores de servicios, determinó que el nivel de información técnica que poseían los integrantes de estos equipos de salud, eran francamente heterogéneos e insuficientes; fue evidente también que tales defectos de la información se correlacionaron con gran consistencia con la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo en la operación de los servicios.

Es labor de quienes tienen la responsabilidad de atender la función de los prestadores de servicio en salud reproductiva y planificación familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, concientizar al personal sobre la importancia que tiene la capacitación como un proceso de enseñanza aprendizaje sobre el enfoque de riesgo reproductivo, por medio del cual el personal operativo incorpore los elementos de conocimiento en la promoción y el otorgamiento de los servicios de planificación familiar a la población.

**Por lo tanto, ¿Existe relación entre el proceso de capacitación en salud reproductiva y la detección de factores de riesgo por parte de las mujeres derechohabientes?**

**¿Existe relación entre el proceso de capacitación en salud reproductiva y la indicación médica del método anticonceptivo?**

## 4.2 PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS:

### OBJETIVO GENERAL:

Analizar el impacto del proceso de capacitación de los equipos de salud en la prestación de los servicios de salud reproductiva.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el efecto de la capacitación en los equipos de salud y el conocimiento sobre factores de riesgo reproductivo.

- Precisar el efecto de la capacitación en los equipos de salud sobre el conocimiento de la metodología anticonceptiva y su indicación para prevenir daños a la salud.

- Determinar si existe relación entre los conocimientos adquiridos por los equipos de salud en el proceso de capacitación y la identificación de factores de riesgo reproductivo por parte de las mujeres derechohabientes al I.M.S.S.

- Determinar si existe relación entre los conocimientos adquiridos por los equipos de salud en el proceso de capacitación en salud reproductiva y la indicación médica a las mujeres derechohabientes al I.M.S.S. de métodos anticonceptivos con base en sus factores de riesgo reproductivo.

## 4.3 HIPOTESIS

Ho1 SÍ existe relación entre los conocimientos adquiridos por los equipos de salud en el proceso de capacitación en salud reproductiva y la identificación de factores de riesgo reproductivo por parte de las mujeres derechohabientes.

Ho2 SÍ existe relación entre los conocimientos adquiridos por los equipos de salud en el proceso de capacitación en salud reproductiva y la indicación médica a las mujeres derechohabientes de métodos anticonceptivos con base en sus factores de riesgo reproductivo.

## 4.4 VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE:

. Proceso de capacitación

### VARIABLES DEPENDIENTES:

. Conocimientos adquiridos por los equipos de salud.
. Reconocimiento de factores de riesgo por parte de las mujeres derechohabientes.

### DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.

De acuerdo a las definiciones conceptuales del proceso de capacitación, operacionalmente es un conjunto de fases sucesivas estructuradas para lograr un cambio en las actitudes y conocimientos de los equipos de salud, que se refleje en la transmisión de dichos conocimientos y en la prestación de los servicios a través del aprendizaje de conceptos nuevos que sensibilizan al capacitado a desempeñar su trabajo de manera óptima.

### DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES.

Respecto a los conocimientos que adquirieron los equipos de salud a través de la capacitación son la base para detectar si efectivamente el proceso de capacitación funcionó como todo un proceso de enseñanza-aprendizaje que pretende transmitir conceptos y puntos de vista innovadores y determinantes para la población derechohabiente al I.M.S.S.

Así mismo uno de los propósitos más importantes de la capacitación, es la de lograr un cambio en la conducta y actitudes del capacitado, lo cual indiscutiblemente indica la efectividad en el aprendizaje. El reconocimiento de factores de riesgo por parte de

las mujeres derechohabientes manifiesta si el personal capacitado asume el cambio de actitud requerido como plataforma básica por el proceso de capacitación así como la efectividad que tenga el aprendizaje en el desempeño de su trabajo.

### 4.5 TIPO DE ESTUDIO

"Un estudio de campo estudia un determinado grupo de personas para conocer su estructura y sus relaciones sociales y su principal característica es que se realiza en el medio natural que rodea al individuo".[48]

El presente trabajo de investigación es un estudio de campo, puesto que involucra a grupos de personas que integran los equipos de salud en el I.M.S.S. en el proceso de capacitación en salud reproductiva y en la evaluación de los conocimientos adquiridos en el mismo, así como el impacto que sustentó en la auto-identificación de factores de riesgo reproductivo por parte de las mujeres derechohabientes que asisten a las unidades médicas a demandar servicio y la indicación médica de métodos anticonceptivos con base en factores de riesgo reproductivo.

La ventaja que tiene este estudio es que los resultados se pueden generalizar a la población en caso de que la muestra sea representativa, dado que la investigación se lleva a cabo en el lugar donde se manifiesta el fenómeno.

La evaluación de los conocimientos sobre los temas que abarcan al proceso de capacitación de los equipos de salud, se lleva a cabo previo y posterior a la capacitación, en sus unidades médicas, del mismo modo las entrevistas a las mujeres derechohabientes que acuden a los servicios que presta dicho personal.
Por lo anterior este estudio se considera de tipo transversal ya que de acuerdo a la autora antes mencionada, se realiza en un momento determinado; haciendo énfasis en el fenómeno y los resultados reflejarán la situación del impacto del proceso de capacitación en estudio.

---

[48] PICK S., Como investigar en Ciencias Sociales. Trillas, México, 1995, p. 48

## 4.6 DEFINICION DE SUJETOS.

### 4.6.1 POBLACION DERECHOHABIENTE

En el momento de planear el estudio el Instituto Mexicano del Seguro Social tenia adscritos a las unidades de medicina familiar del régimen ordinario a 28´889,052 derechohabientes; de ellos a 24´177,541 en los estados del interior de la República y a 4´711,541 que representan el 16.3 por ciento del total, en el Distrito Federal.

Con relación a los servicios instalados para atender la demanda se disponía de 1,482 unidades de medicina familiar o de primer nivel de atención, 1,362 en las delegaciones foráneas y 120, es decir, el 8.1 por ciento en el distrito federal; respecto de las unidades el segundo nivel de atención, representadas por 224 hospitales generales de zona, el 91.5 por ciento se establecieron en los estados y únicamente 19 en el Distrito Federal. Por último, 3 de los 9 hospitales de gineco-obstetricia con que disponía el I.M.S.S. se localizaban en la capital del País.

Es importante señalar que la primera impresión que causan los datos es que existe un desequilibrio entre el volumen de población y los servicios disponibles, ya que en tanto la población adscrita corresponde al 16.3 por ciento del total, las unidades médicas del primero y segundo nivel apenas representan un poco más del ocho por ciento; sin embargo, es necesario aclarar que los derechohabientes que residen en el Distrito Federal disponen de otros servicios de salud, por tener derecho a más de una institución de seguridad social o bien por la ubicación de los servicios médicos de la Secretaría de Salud o también a que existe un elevado volumen que hace uso de servicios médicos privados.

### 4.6.2 MUESTRA.

Una de las decisiones más importantes que se deben tomar al diseñar un estudio, consiste en determinar un tamaño apropiado de la muestra que va a usarse. Un tamaño de muestra demasiado pequeño limita las conclusiones que pueden extraerse del estudio, y un tamaño de muestra demasiado grande redunda en un

gasto innecesario de tiempo, dinero y esfuerzo, para llegar a conclusiones que podrían haberse formulado con menos sujetos.

Por lo anterior, siempre se requiere de apoyarse en la teoría estadística para precisar el tamaño óptimo de la muestra de un estudio, es decir, la muestra más pequeña que nos permita alcanzar los niveles de análisis establecidos dentro de los objetivos del propio estudio y que por lo tanto, su costo, tiempo y esfuerzo sean los menores también.

Generalmente las muestras se establecen tomando en consideración los objetivos del estudio, su universo, la dispersión de los sujetos y los recursos con que se dispone para su ejecución. Es necesario destacar que para este estudio se consideraron dos aspectos fundamentales para la selección de unidades médicas y funcionarios a participar en el proceso de capacitación:

Primero, por tratarse de un caso práctico la selección de las unidades se hizo considerando que únicamente se trataba de una primera fase y que posteriormente deberían considerarse el total de las unidades del sistema, siendo cuidadosos de que con base en la estructura de zonas de servicios médicos, todas y cada una de éstas quedaron debidamente representadas.

Segundo, el capacitar a la totalidad de los Coordinadores Estatales de Servicios Médicos, Enseñanza e Investigación y Planificación Familiar, así como a la Asesora Delegacional de Enfermería, garantizaba el establecer metas para en una segunda fase, cubrir la totalidad de las unidades, es necesario destacar, que la mencionada segunda fase no se controlaría a través de la valoración directa de los participantes ni tampoco se mediría el impacto de ésta en la prestación de los servicios; por último debe señalarse también que para el proceso de capacitación se determinó un presupuesto mismo que no debería de excederse.

Por todo lo anterior, en el caso de las unidades de medicina familiar del Distrito Federal, este análisis abarca al 50 por ciento de las unidades de medicina familiar, el 18.2 por ciento de los hospitales de zona y un tercio de los de obstetricia; respecto de la población adscrita a estas unidades representa el 62.4 por ciento de la adscrita al Distrito Federal.

Con relación a la ubicación de las unidades médicas el 11.1 por ciento corresponden a la zona poniente, el 16.7 por ciento al centro, en igual proporción se incluyeron unidades de la parte oriente de la ciudad y con el 27.8 por ciento se encuentran ubicadas unidades seleccionadas de la zona norte y sur.

Zona Poniente: UMF 2 y UMF 17.
Zona Centro: UMF 3, UMF 4 y HGZ 1.
Zona Oriente: UMF 21, UMF 31 y UMF 35.
Zona Norte: UMF 11, UMF 23, UMFGO 13 y HGZ 29.
Zona Sur: UMF 7, UMF 9, UMF 12, UMF 22 y HGO 4.

### 4.7 INSTRUMENTO DE MEDICION.

### 4.7.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO (ANEXO1)

El instrumento se diseñó con base en 16 preguntas que cubren las categorías de elaboración para responder a los problemas planteados en el presente estudio.

El cuestionario inicia con la identificación de la delegación, nombre de la misma, clave de la unidad y tipo para ser clasificados.

La pregunta Uno y dos se refieren al estadío reproductivo, el cual se desagrega en mujeres unidas y sin relaciones sexuales; esta subdivisión obedece a condiciones que institucionalmente así lo establecen.

La pregunta tres permite agrupar el número de hijos vivos que tiene cada mujer, la subdivisión empleada se debe al análisis realizado sobre la morbi-mortalidad materno-infantil y sus causas relacionadas con la reproducción; a saber, cero hijos; uno ó dos; tres a cinco y más de cinco.

La pregunta cuatro permite establecer el nivel de información en cualquiera de las visitas anteriores que haya realizado la mujer entrevistada, considerándose que el mensaje tuvo un fuerte contenido demográfico y muy leve respecto de la salud.

La pregunta cinco considera el cambio cualitativo que deberá surgir de manera inmediata al proceso de capacitación de los recursos humanos y éste se refiere fundamentalmente a la indicación médica de la metodología anticonceptiva en la prevención de daños a la salud materno-infantil, a causa de embarazos en presencia de factores de riesgo reproductivo.

La pregunta seis se orienta a determinar de manera cualitativa si la mujer entrevistada tiene un conocimiento sobre los factores de riesgo reproductivo a través del mensaje llevado a cabo en esta visita, cuando se realizó.

La pregunta siete tiene como propósito establecer los niveles de autoidentificación de factores de riesgo reproductivo en las mujeres que asisten a consulta de medicina familiar.

La pregunta ocho considera la definición de los métodos anticonceptivos con que se dispone en el programa, y sus frecuencias asociadas a las variables anteriores permitirá un análisis respecto de la indicación médica de estos métodos con base en la presencia de los factores de riesgo reproductivo.

Las preguntas nueve y diez identifican la recomendación del uso de algún método anticonceptivo con base en los factores de riesgo.

Las preguntas once, doce, trece, catorce quince y dieciséis determinan el grado de motivación de las mujeres derechohabientes por aprender sobre sus factores de riesgo y la importancia de estar informada.

### 4.8 AMBIENTE DE INVESTIGACION

El instrumento se aplicó a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, que asistieron a las unidades médicas seleccionadas para este estudio a demandar consulta de medicina familiar, sin importar la patología o programa de prevención o vigilancia de la salud por el cual concurrieron.

Una vez efectuada la consulta se verificó a través de la aplicación del instrumento si se llevaron a cabo acciones de salud reproductiva en cuanto a la comunicación educativa, valoración del riesgo reproductivo e indicación en su caso del método anticonceptivo a las que lo requerían.

Con el propósito de garantizar que la totalidad de las mujeres que asistieron fueran entrevistadas, la aplicación del instrumento se hizo en la puerta misma de la unidad médica.

### 4.9 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Por tratarse de un proyecto llevado a cabo conjuntamente por la Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, A.C. y el Instituto Mexicano del Seguro Social, se asistió para solicitar la revisión y autorización del proyecto para esta investigación, a través del Presidente de la Academia y del titular de la ahora Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil.

En el interior de las unidades médicas seleccionadas se informó a los cuerpos de gobierno sobre la finalidad que tenía llevar a cabo una investigación acerca de la

salud reproductiva de la población y su asociación con la capacitación del personal sobre riesgo reproductivo.

Se solicitó el apoyo del área de trabajo social para que las asistentes médicas que participan en los consultorios de medicina familiar donde demandaron la consulta las mujeres en edad fértil, se les proporcionara una ficha y se les indicara el lugar al cual deberían concurrir para la aplicación del instrumento de investigación, después de ser entrevistadas, las mujeres derechohabientes podían abandonar la unidad.

### 4.10 ANALISIS DE LOS DATOS

Para llevar a cabo el análisis estadístico, se utilizó como fuente de datos el instrumento de investigación diseñado para este fin (anexo 1).

Para la producción de datos estadísticos se utilizó el paquete DBASE III PLUS de Ashton Tate y el paquete EXEL 6.0 para Windows de Microsoft para la elaboración de cuadros y gráficos.

El análisis estadístico se sustenta en un "diseño de distribución de frecuencias agrupadas, que permite condensar los puntajes separados en un número de categorías o grupos más pequeños, donde cada uno contenga más de un puntaje, lo cual permite producir una presentación en donde el tamaño de cada categoría o intervalo de clase está determinado por el número de puntajes que contenga, para estudiar las variables dependientes de acuerdo a las frecuencias y porcentajes obtenidos".[49]

[49] LEVIN J. Fundamentos de estadística en la investigación social. Harla, México, 1995, P.33

## 4.11 INTERPRETACION DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta cada uno de las gráficas diseñados con los aspectos específicos de interés de la propia investigación y un comentario producto de su análisis, con lo cual se pretende facilitar el entendimiento de los resultados encontrados.

Por lo anterior, se agregan nueve gráficas sobre mujeres entrevistadas de acuerdo con su estadio reproductivo; mujeres entrevistadas de acuerdo con su número de hijos vivos; mujeres a las que se les integró a actividades de comunicación educativa; los promedios de calificaciones que obtuvieron los participantes en los temas sobre riesgo reproductivo; mujeres que identifican factores de riesgo de acuerdo con su número de hijos; promedio de calificaciones que obtuvieron los participantes en los temas sobre metodología anticonceptiva; mujeres usuarias de métodos anticonceptivos de acuerdo con su número de hijos; el nivel de conocimiento e identificación de factores de riesgo reproductivo por parte de las mujeres que demandaron consulta de medicina familiar y la indicación médica de metodología anticonceptiva con base en dichos factores de riesgo.

Así mismo, se integra un resumen del análisis de estos resultados con el propósito de dar respuesta a los planteamientos del problema y a las hipótesis del estudio.

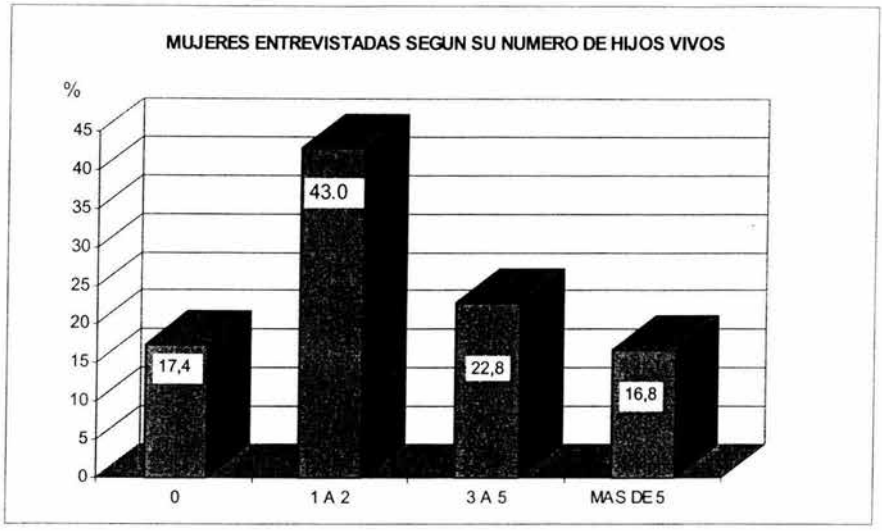
Finalmente en el anexo 4 se incluyen los cuadros estadísticos que permitirán a los interesados, llevar a cabo un análisis más detallado sobre los resultados de esta investigación.

Gráfica 1

La proporción de mujeres unidas alcanza al 85.2 por ciento de las mujeres entrevistadas, las cuales requieren de valoración médica sobre riesgo reproductivo y en su caso indicación médica de metodología anticonceptiva. Es importante señalar que esta relación es 25.4 puntos porcentuales mayor que en la población en general donde el 59.8 por ciento pertenece a este grupo de acuerdo con las cifras de CONAPO, es decir, que las mujeres del I.M.S.S. representan un universo mayor en riesgo de embarazo que en las del resto de las del país.

Lo anterior puede deberse a que los beneficiarios de un trabajador asegurado pierden sus derechos de seguridad social al cumplir 16 años de edad, excepto cuando demuestren que continúan estudiando o bien, porque inician su vida laboral y son ingresados al I.M.S.S. como asegurados.

Por tratarse de actividades tendientes a prevenir daños a la salud del binomio madre-hijo principalmente y a la salud familiar secundariamente, todas las mujeres en edad fértil son tributarias de las técnicas de comunicación educativa citadas.




Gráfica 2

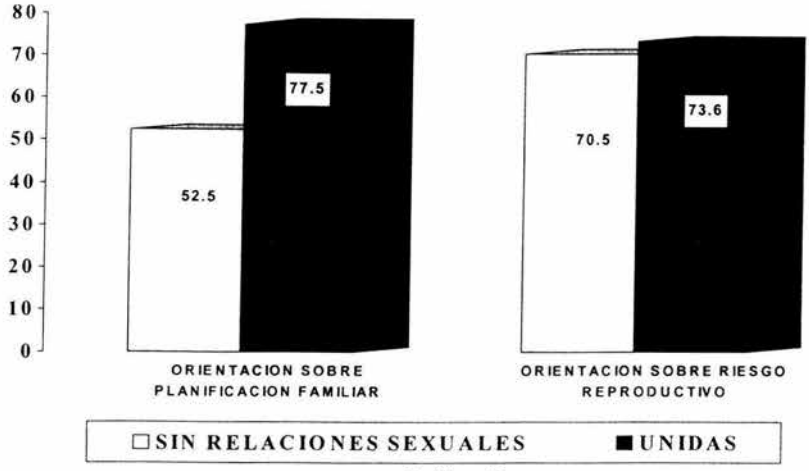
Se observa claramente que el 82.6 por ciento de las mujeres entrevistadas tienen fertilidad comprobada, ya que el 17.4 por ciento no tienen hijos; así mismo, la mitad de las mujeres tiene 3 hijos o más, por lo cual deben ser consideradas por esta variable de riesgo reproductivo elevado.

El grupo de riesgo reproductivo elevado lo constituye el 39.6 por ciento de las mujeres, en él se incluye al 22.8 por ciento que tienen entre 3 a 5 hijos consideradas de alto riesgo y al 16.8 por ciento que tienen más de 5 hijos que representan al grupo de muy alto riesgo.

El valor más frecuente observado fue el de mujeres con uno o dos hijos con 43.0 por ciento, éste y el de mujeres sin hijos 17.4 por ciento, forman el grupo de mujeres en las que se pueden prevenir mayores riesgos a la salud reproductiva, a causa de un embarazo en presencia de factores de riesgo reproductivo.

En resumen, todo el universo de mujeres en edad fértil es susceptible de acciones en salud reproductiva, el diferenciarles por las distintas variables conduce a los equipos de salud a focalizar el tipo de acción y con ello tratar de ser más eficientes.

MUJERES QUE RECIBIERON ORIENTACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR Y SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO



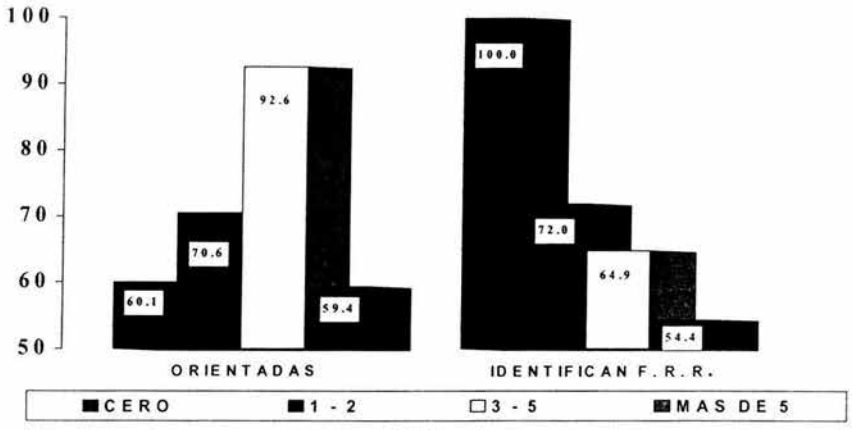

Gráfica 3

La comunicación educativa sobre planificación familiar se proporcionaba de rutina en cualquiera de las visitas que hubiesen realizado las mujeres a demandar consulta de medicina familiar, de acuerdo con la entrevista realizada, la orientación cubrió únicamente al 52.5 por ciento de las que no tienen relaciones sexuales y al 77.6 por ciento de las unidas.

La propia entrevista mostró que durante la última visita al médico familiar se les proporcionó la orientación sobre riesgo reproductivo al 70.5 por ciento de las que no tienen relaciones sexuales y al 73.6 por ciento de las unidas.

Como puede observarse, la cobertura alcanzada es mayor cuando la información es con el enfoque de salud, es decir, sobre riesgo reproductivo, aun refiriéndose dicha cobertura a la última visita comparativamente con todas las que hubiera realizado la derechohabiente; así mismo, la orientación sobre planificación familiar tiene diferenciales importantes en cuanto al grupo de mujeres sin vida sexual activa y las unidas, en tanto que cuando la información se proporciona con el enfoque de salud, los niveles de información son muy similares en ambos grupos.

MUJERES QUE FUERON ORIENTADAS SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO,
ENTREVISTADAS DESPUES DE RECIBIR CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR,
QUE IDENTIFICAN FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO, SEGÚN NUMERO DE HIJOS



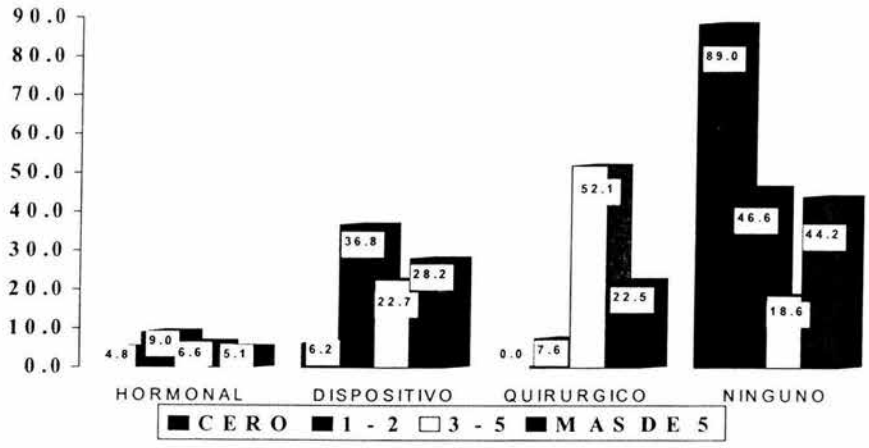

Gráfica 4

En las mujeres sin hijos que fueron entrevistadas después de recibir consulta de medicina familiar, se logró una cobertura de información educativa del 60.1 por ciento, de ellas el 100.0 por ciento identifican sus factores de riesgo, lo que indica que la recepción del mensaje fue muy buena.

El grupo con mayor cobertura de este mensaje fue el de mujeres con 3 a 5 hijos, se cubrió al 92.6 por ciento, seguido por las de uno y dos hijos con 70.6 por ciento; la identificación de factores de riesgo llegó a niveles de 64.9 y 54.4 por ciento respectivamente.

El logro cuantitativo es favorable ya que según la entrevista posterior a recibir consulta de medicina familiar indica que al 73.2 por ciento de las mujeres se les proporcionó orientación sobre los factores de riesgo reproductivo y el aspecto cualitativo fue bueno, ya que el 71.3 de estas mujeres identifican sus factores de riesgo reproductivo.

MUJERES ENTREVISTADAS DESPUES DE RECIBIR LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR SEGUN EL TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO Y EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENEN



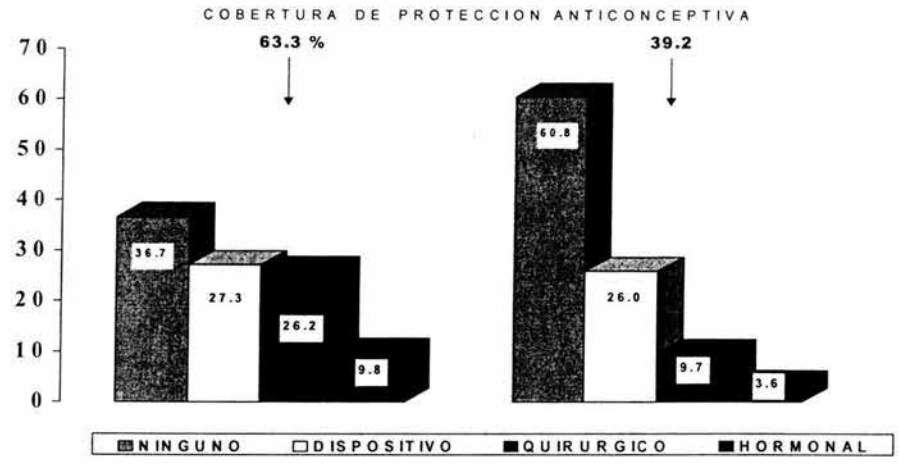

Gráfica 5

En el momento de la entrevista el 47.2 por ciento de las mujeres manifestó que no utilizaba métodos anticonceptivos; es decir, el 52.8 por ciento restante representa la cobertura de protección anticonceptiva. Es muy evidente que en las mujeres sin hijos se registra la mayor proporción de las que no usan con 89.0 por ciento, seguido de las que tienen uno o dos con 46.6, las de más de cinco con 44.2 y finalmente las de 3 a 5 hijos con 18.6 por ciento.

En el caso de las mujeres sin hijos existen muchas sin vida sexual activa y en las que tienen cinco o más hijos, la propia paridad les hace sentir equivocadamente que están automáticamente protegidas.

La protección anticonceptiva es muy acorde con las indicaciones o prioridades que establecen las guías didácticas sobre los diferentes métodos anticonceptivos, pues en todos los casos la mayor proporción de mujeres está protegida con el dispositivo intrauterino que es el método de elección, a excepción del grupo de mujeres con 3 a 5 hijos donde la indicación médica es el quirúrgico; así mismo, en las mujeres con más de cinco hijos por su paridad el dispositivo brinda buena protección.

MUJERES ENTREVISTADAS DESPUES DE RECIBIR LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR, QUE IDENTIFICAN O NO FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO DE ACUERDO CON LA INDICACION MEDICA DE METODOGIA ANTICONCEPTIVA



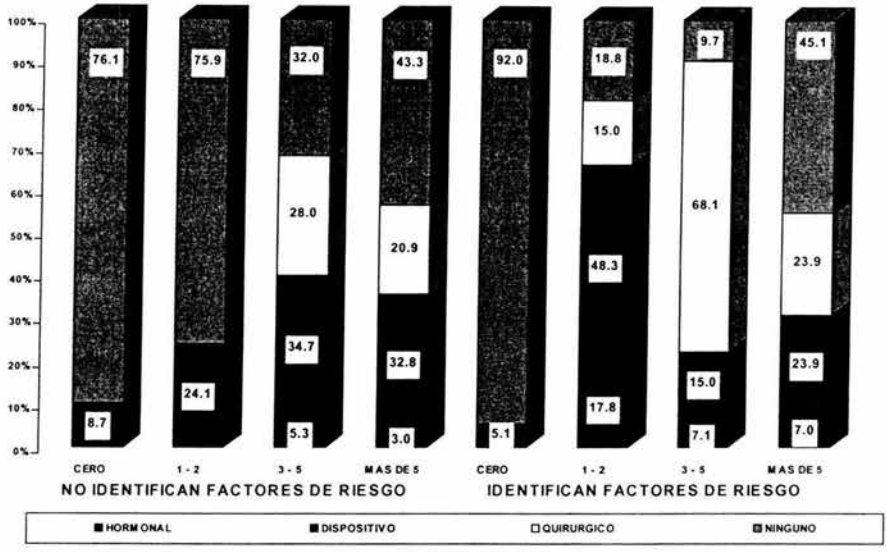

Gráfica 6

Existen diferencias muy importantes entre las mujeres que identifican factores de riesgo reproductivo en cuanto a la cantidad y la calidad de la protección anticonceptiva comparativamente con el grupo que no los identifica.

En las mujeres que identifican factores de riesgo la cobertura de protección anticonceptiva es del 63.3 por ciento, únicamente no utilizan métodos el 36.7 por ciento de ellas, en tanto que en las que no identifican sus factores de riesgo las proporciones son del 39.2 y 60.8 por ciento respectivamente.

La protección anticonceptiva es de mejor calidad en las mujeres que identifican sus factores de riesgo, el 27.3 por ciento utilizaba dispositivo intrauterino, el 26.2 quirúrgico y únicamente el 9.8 por ciento hormonal. En tanto que en las que no los identifican si bien el dispositivo intrauterino es el que mayor frecuencia alcanza con 26.0 por ciento de esta mujeres, sólo el 9.7 fueron protegidas con quirúrgico y el 3.6 por ciento con hormonal.

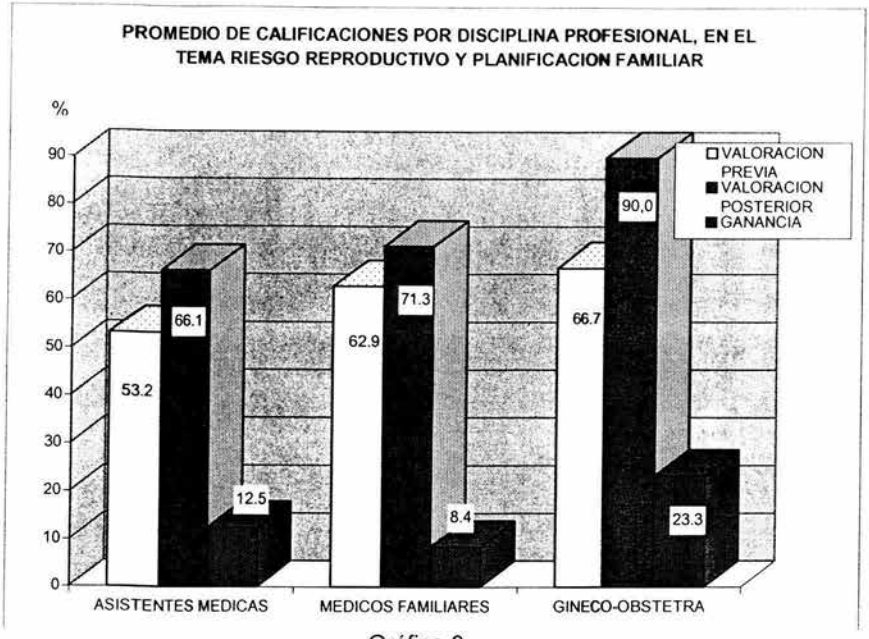
MUJERES ENTREVISTADAS DESPUES DE RECIBIR LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR, QUE IDENTIFICAN O NO FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO DE ACUERDO A LA INDICACION MEDICA DE METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA Y EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENEN




Gráfica 7

Las mujeres que identifican sus factores de riesgo además de tener una cobertura más alta también son protegidas con una metodología anticonceptiva más favorable; en el grupo de mujeres que tienen uno o dos hijos, el 75.9 por ciento de las que no las identifican no usan método, esta proporción es únicamente de 15.8 en las que si los conocen; en el mismo orden, en el primer grupo sólo el 24.1 utilizan DIU en tanto que se duplica la proporción para el otro grupo.

En las mujeres con 3 a 5 hijos el 68.1 de las que conocen sus factores concluyeron ya su reproducción, en el otro grupo únicamente el 28.0 por ciento utilizan quirúrgico. Las mujeres con más de 5 hijos tienen una cobertura y distribución de uso de métodos anticonceptivos muy similar, seguramente por la indicación médica muy clara para grandes multíparas.



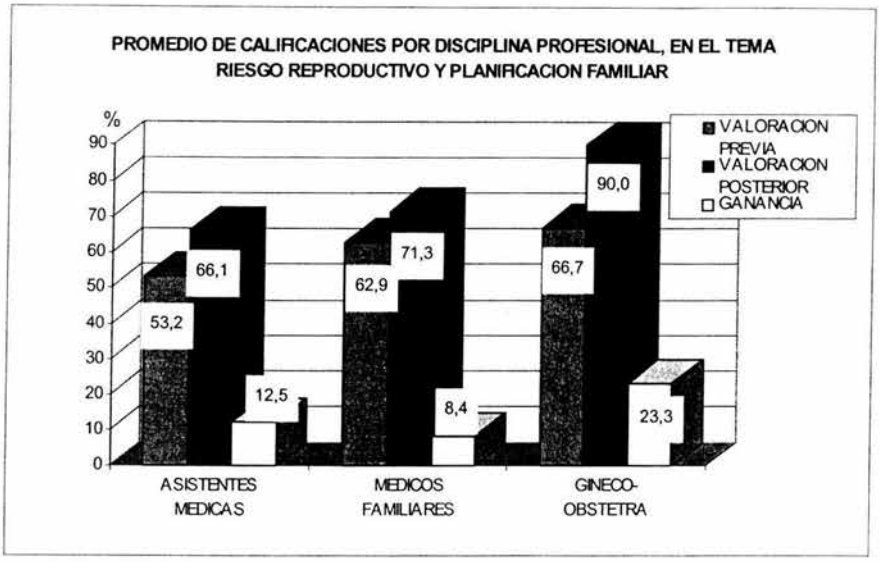

Gráfica 8

El grupo de asistentes médicas tuvo una ganancia de 31.5 puntos porcentuales entre la evaluación previa y posterior a la capacitación, llama la atención que en la evaluación posterior el promedio es superior al obtenido por los médicos familiares.

El grupo de médicos familiares es el que obtuvo el promedio más alto en la evaluación previa con 56.0; la evaluación posterior fue la más baja de los tres grupos con 73.8, por lo que la ganancia obtenida también es la más baja con 17.8 puntos porcentuales.

Respecto del grupo de gineco-obstetras es en el cual se observa el promedio más alto de calificación en la evaluación posterior con 96.7; así mismo, la ganancia también es la mayor con 46.7 puntos porcentuales.

Por tratarse del estudio de los factores de riesgo reproductivo, es decir, aquellos que porta una mujer no embarazada, su manejo en cuanto a la comunicación educativa y su tratamiento o manejo están a cargo de los equipos de salud ubicados en unidades de primer nivel de atención, se considera necesario reforzar la capacitación a los grupos de asistentes medicas y médicos familiares.



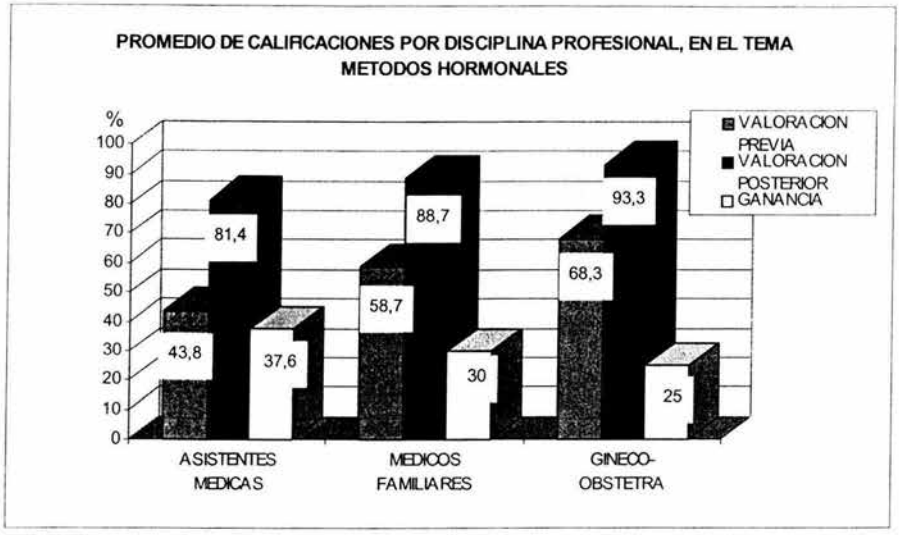

Gráfica 9

Al relacionar el concepto de riesgo reproductivo con el de planificación familiar, se observa que las asistentes médicas se ubican con el promedio más bajo de los tres grupos participantes con promedio de 53.2 en la evaluación previa, 66.1 en la posterior y una ganancia de 12.5 puntos porcentuales.

Sobre este tema, el grupo de médicos familiares se citó en la posición intermedia al obtener un promedio de 62.9 en la evaluación previa, 71.3 en la posterior y una ganancia de únicamente 8.4 puntos porcentuales.

Respecto del grupo de gineco-obstetras los promedios obtenidos fueron los más altos con 66.7 en la evaluación previa 90.0 en la posterior y la ganancia más alta de las tres disciplinas profesionales participantes con 23.3 puntos porcentuales.

Al igual que en el tema anterior y por las mismas razones, es necesario también reforzar los conocimientos en los equipos adscritos a unidades de medicina familiar.



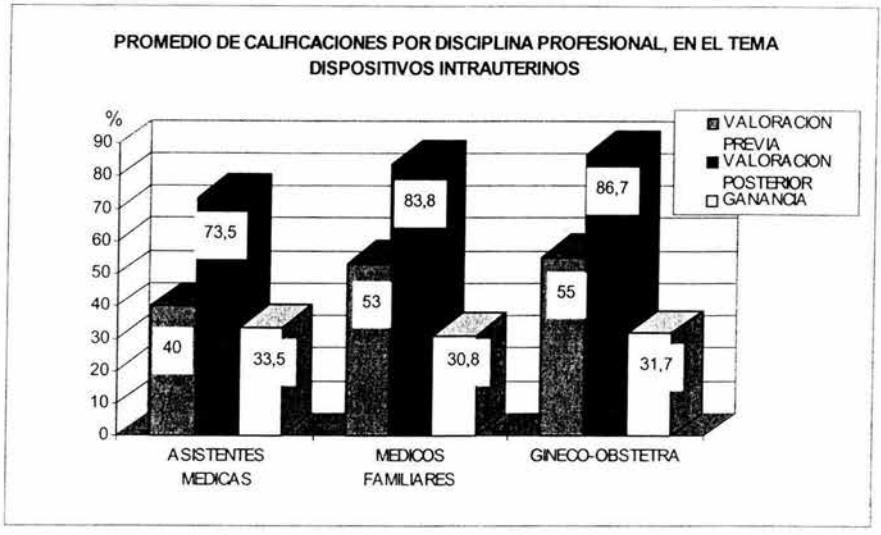

Gráfica 10

El grupo de asistentes médicas tuvo la mayor ganancia de las tres disciplinas profesionales participantes con 37.6 puntos porcentuales, únicamente que al partir con un promedio de 43.8 en la evaluación previa, la evaluación final alcanzó 81.4.

Los médicos familiares tuvieron un promedio de 58.7 en la evaluación previa, 88.7 en la evaluación posterior y una ganancia de 30.0 puntos porcentuales.

Los gineco-obstetras tuvieron una ganancia mayor que los médicos familiares con 31.7 puntos porcentuales, producto de un promedio en la valoración previa de 55.0 y en la evaluación posterior de 86.7.

En los tres casos los promedios obtenidos en la evaluación posterior son superiores a 80.0 puntos, por lo cual se consideran aceptables; así mismo, el grupo de los médicos gineco-obstetras obtuvo los promedios más altos tanto en la evaluación previa como en la posterior, posiblemente por su mayor contacto con el conocimiento y manejo de estos fármacos propios de su especialidad.



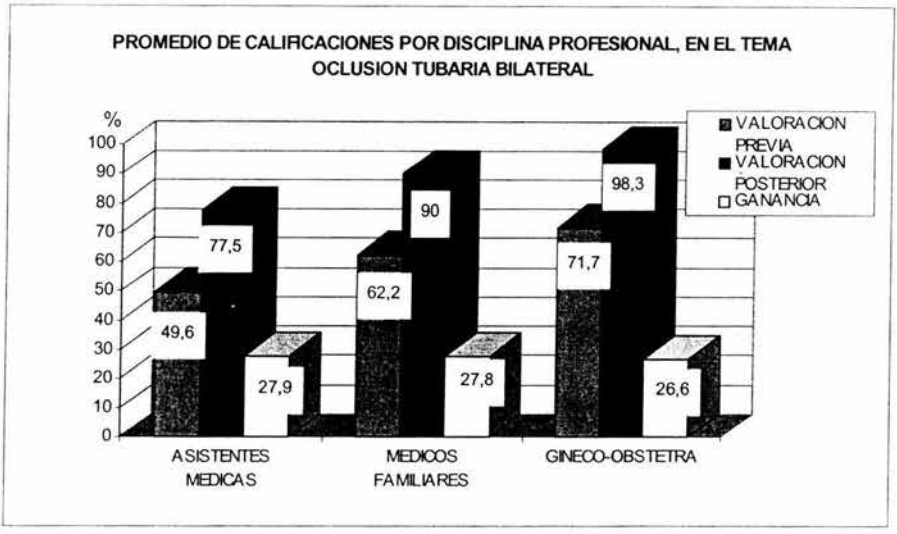

Gráfica 11

El grupo de asistentes médicas partió de un promedio reprobatorio en la evaluación previa con 40.0, la valoración posterior llegó a niveles de 73.5 y la ganancia fue de 33.5 puntos porcentuales.

Al igual que en las otras dos disciplinas profesionales, el grupo de Médicos Familiares partió de una evaluación previa inferior a los 60 puntos porcentuales; sin embargo, en la valoración posterior hubo un buen repunte con promedio de 83.8 y ganancia de 30.8 puntos.

Con relación al grupo de médicos gineco-obstetras éstos obtuvieron la mayor calificación tanto en la evaluación previa como en la posterior con promedios de 55.0 y 86.7 respectivamente, registrándose una ganancia de 31.7 puntos.

Es relevante señalar la importancia que tiene la capacitación, ya que este grupo de profesionales tiene a su cargo el manejo de la metodología anticonceptiva y el método mas demandado es justamente el dispositivo intrauterino, del cual existía un conocimiento muy parcial, aun en el grupo de gineco-obstetras que durante su formación se supone les capacitan para su conocimiento y manejo.



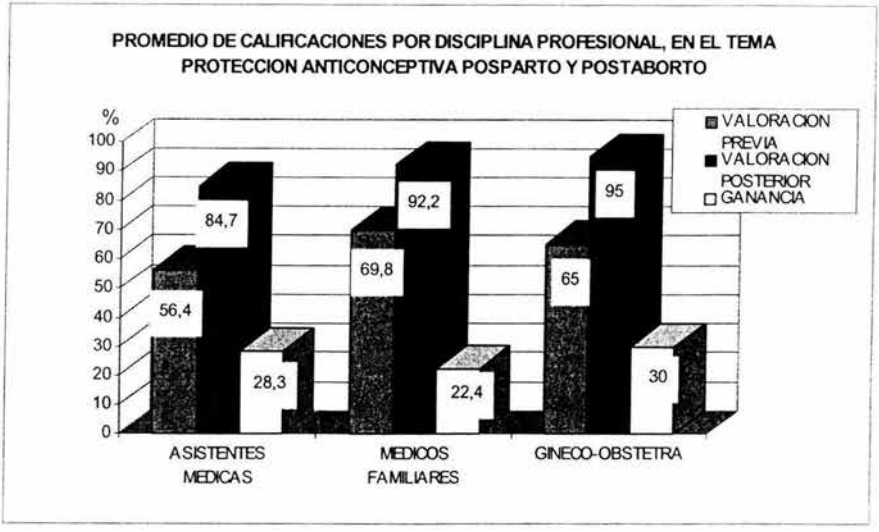

Gráfica 12

El promedio obtenido en la valoración previa por las Asistentes médicas fue el único que se ubicó por abajo de los 60 puntos de las tres disciplinas profesionales participantes con 49.6; en la evaluación posterior se obtuvieron 77.5 y la ganancia fue de 27.4 puntos.

El grupo de médicos familiares tuvo una ganancia muy similar a la del grupo de asistentes médicas con 27.8 puntos, producto de un promedio de evaluación en la medición previa y posterior de 62.2 y 90.0 respectivamente.

Finalmente, el grupo de Gineco-obstetras es el que mayores promedios obtuvo en ambas evaluaciones con 71.7 en la previa y 98.3 en la posterior, registrándose una ganancia de 26.6 puntos.

Es importante señalar que el grupo de médicos familiares obtuvo una mayor calificación en el tema de oclusión tubaria bilateral que en los temas de hormonales y dispositivos intrauterinos, métodos de los que tiene a su cargo directo el manejo y control, apoyado por las asistentes médicas que también obtiene mejor calificación en oclusión tubaria que en dispositivo intrauterino.




Gráfica 13

Por lo que se refiere a la protección anticonceptiva puerperal, los grupos de asistentes médicas y médicos familiares obtuvieron los mejores promedios en la evaluación previa y posterior a la capacitación sobre este tema, comparativamente con los de hormonales, dispositivos intrauterinos y oclusión tubaria bilateral.

Las asistentes médicas registraron un promedio en la evaluación previa de 56.4 con 84.7 en la posterior y la ganancia se ubicó en 28.3 puntos. Los Médicos familiares siguiendo el mismo orden obtuvieron 69.8, 92.2 y una ganancia de 22.4 puntos.

Por lo que respecta a los médicos gineco-obstetras la ganancia registrada fue de 30 puntos derivada de un promedio de 65.0 en la evaluación previa y de 95.0 en la posterior.

Los promedios registrados en los tres grupos profesionales son bastante altos, lo cual se considera muy favorable ya que en el primer nivel de atención se debe llevar a cabo la comunicación educativa y obtener la aprobación del usuario, a fin de que en el momento de la atención obstétrica sea protegida y con ello garantizarle un periodo intergenésico favorable.

El análisis de la información se centra en que con la combinación de varios de los resultados se puede establecer si existe relación entre los resultados obtenidos de la evaluación efectuada a los equipos de salud en el proceso de capacitación sobre salud reproductiva y la detección de factores de riesgo por parte de las mujeres derechohabientes que son atendidas por ellos.

Las ganancias de conocimiento obtenidas por los participantes de las tres disciplinas profesionales y los promedios alcanzados en la evaluación posterior por éstos muestran que desde el punto de vista del aprendizaje de los temas éstos tuvieron un resultado muy adecuado y que la manera como impacta esto en la detección de factores de riesgo reproductivo por parte de las mujeres derechohabientes atendidas por ellos, queda demostrada, primero al proporcionarles información en una sola visita al 73.2 por ciento del total de las mujeres que asistieron a consulta sin importar su estadío reproductivo, con niveles muy similares entre las que no tienen relaciones sexuales 70.5 por ciento y las unidas 73.6 por ciento y segundo, que el 71.3 por ciento de las mujeres que se les dotó de elementos de orientación educativa identifican los factores de riesgo reproductivo, siendo evidente en las mujeres con menor paridad; lo cual a su vez muestra dos aspectos relevantes, por una parte, el modelo de capacitación se orienta a la prevención de daños a la salud y por la otra es congruente esta información con la obtenida por el I.M.S.S. a través de la encuesta simplificada de evaluación operativa en la cual se establece que las mujeres con mayor paridad perciben por éste hecho saber todo acerca de la reproducción e inclusive tener protección anticonceptiva natural.

Así mismo este análisis debería permitir aceptar o rechazar si existe relación entre el proceso de capacitación en salud reproductiva y la indicación médica del método anticonceptivo.

La evaluación de conocimientos de los participantes de las diferentes disciplinas profesionales en los temas sobre metodología anticonceptiva que incluye métodos hormonales, dispositivo intrauterino, oclusión tubaria bilateral y protección

anticonceptiva posparto y postaborto, lograron promedios de calificación en la evaluación posterior que rebasan los 85 puntos y las ganancias fueron alrededor de 28 puntos, es decir, en este capítulo también se percibe que desde el punto de vista del aprendizaje se tuvieron resultados muy adecuados y que respecto de la indicación médica de la metodología anticonceptiva se evidencia también al observar que en las mujeres que están en la fase de espaciamiento de un embarazo futuro, es decir las que tienen menos de tres hijos, mayoritariamente se protegen con dispositivo intrauterino y que en las mujeres con tres hijos o más cuya función del método pudiera ser finalizar la reproducción, prevalece el método definitivo; otro aspecto relevante en el cual se manifiestan la aplicación de los resultados de la capacitación es la cobertura de protección anticonceptiva en las mujeres que identifican factores de riesgo reproductivo y las que no los identifican, cuyas coberturas de protección fueron proporcionalmente inversas, con cifras de 63.7 y 39.2 por ciento respectivamente.

### 4.12 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Son dos las limitaciones importantes que tiene el presente trabajo; por una parte, desde el punto de vista de la planeación y desarrollo del proceso de capacitación éste se planteó para llevarse a cabo en la totalidad del país, pero dada la dispersión y heterogeneidad, así como la amplitud de la estructura médica del I.M.S.S. los resultados aquí consignados se refieren a una muestra representativa de las unidades ubicadas en el Distrito Federal, por lo cual sus resultados pertenecen a este ámbito geográfico; lo anterior, no imposibilita el hecho de que en una segunda fase se ejecutará en el total del país.

La segunda limitación se refiere a las restricciones existentes dadas por las condiciones estructurales del propio instituto, por ejemplo, únicamente se puede conocer si la persona es unida o si tiene relaciones sexuales (información de la MF7), pero no se puede establecer si es casada o vive en unión libre; así mismo, no se pudo desagregar la información por el tipo de agente, a saber, médico,

trabajadora social, enfermera, etc., ya que los registros administrativos producen información por conglomerados teniendo como unidad básica a la unidad médica.

La multiplicidad de fases que hubo de realizar en la preparación de los materiales didácticos, desarrollo del proceso de capacitación y para su evaluación y de acuerdo con los resultados aquí obtenidos, se considera adecuado llevarlo a cabo en la totalidad de los organismos públicos de salud, ya que de otra manera únicamente se privilegia a la población adscrita al I.M.S.S. por ser una clase trabajadora cautiva, cuyo comportamiento reproductivo y acceso a los servicios de salud es diferente que la población en general, lo cual podría abrir una brecha cada vez mayor en cuanto a los niveles de salud reproductiva.

# CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

- Con Base en el análisis del conocimiento heterogéneo con el que disponían los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes médicas en materia de Riesgo Reproductivo y Planificación Familiar, producto de artículos en revistas médicas, manuales institucionales sobre promoción y protección anticonceptiva, entre otros, sin duda la metodología del Círculo Experiencial de Aprendizaje constituyó la mejor elección para llevar a cabo esta capacitación, pues se puede afirmar que el conocimiento empírico fue transformado en un conocimiento científico que promovió actitudes reflexivas, con el apoyo no sólo a los aspectos cognitivos, sino al desarrollo de actitudes y habilidades intelectuales y prácticas que les permitieron comprometerse con la educación en salud reproductiva de las mujeres derechohabientes del I.M.S.S.

- La transmisión de la información a los derechohabientes se considera significativa, ya que las derechohabientes auto-identifican sus factores de riesgo reproductivo y como consecuencia demandan la protección anticonceptiva, sobre todo, si se considera que las derechohabientes demandantes del servicio no recibieron una capacitación formal sobre el tema.

- La eficiencia del modelo de capacitación queda ampliamente demostrada a partir de los conocimientos recibidos por los integrantes de los equipos de salud tanto en los temas relativos a Riesgo Reproductivo como los de Planificación Familiar y la aplicación de éstos en las mujeres que identifican sus factores de riesgo y son protegidas con una metodología anticonceptiva más favorable.

- Las condiciones reproductivas de la población se han modificado sustancialmente, basta recordar que la tasa global de fecundidad disminuyó de 7 a 2.1 hijos por mujer al año 2000, es decir, existía entre la población una demanda insatisfecha por desconocimiento, conocimiento deformado o por obstáculos ideológicos.

  En la actualidad, las características reproductivas e ideológicas de la población se han modificado, lo cual requiere de un proceso dirigido a la capacitación de los prestadores de servicio y a los derechohabientes que produzca un cambio de conducta en la promoción y en el cuidado de la salud. Así mismo, las condiciones financieras de la institución requieren de un conocimiento adecuado de la población para que demanden de manera óptima y racional los servicios.

# PROPUESTAS

## PROPUESTAS

Las propuestas de solución a la problemática investigada y las sugerencias para la implementación de futuras investigaciones que como consecuencia amplíen o contribuyan al enriquecimiento del tema, se concretan en las siguientes:

- En la elaboración futura de un modelo de capacitación a través de sesiones educativas con base en el Círculo Experiencial de Aprendizaje, se deberá contemplar la capacitación de los prestadores del servicio tanto para ampliar y mejorar sus conocimientos, como para transmitir este conocimiento a los derechohabientes; ya que, en el modelo de capacitación desarrollado en esta tesis, sólo contempla la primera parte.

- El modelo de capacitación para los equipos de salud y los derechohabientes, con base en el Círculo Experiencial de Aprendizaje, contempla cuatro pasos que son: experiencia, análisis, generalización y aplicación, se propone que estos cuatro pasos sean enriquecidos con los fundamentos de la teoría del Aprendizaje Significativo, de la siguiente forma:

  - Experiencia: Además de determinar si existe o no experiencia, identificada como algún conocimiento previo, se propone determinar el nivel de estos conocimientos, ideas previas, sentido común, interés, motivación, intuición, obstáculos ideológicos, sentimientos y emociones sobre el tema.

    En el caso de que el conocimiento sea nulo o distorsionado, o que existan una o varias actitudes desfavorables o bien alguno de los obstáculos antes referidos, se propone la implementación de organizadores previos que conducen al participante de lo que sabe a lo que debe saber.

- Análisis: A partir de la reflexión individual y/o colectiva sobre la actividad emprendida, se propone enriquecer este paso con el "andamiaje" que se caracteriza por entablar un diálogo espontáneo y abierto de experiencias, preguntas y respuestas entre los participantes y el facilitador, lo cual favorece la actividad pensante del participante.

  Con lo anterior, el participante interactúa con el objeto o problema, con el cual logra que su estructura cognitiva perciba, desplace, recorra, identifique elementos y relaciones del conocimiento previo; así mismo, desarrollará la capacidad de seriar, clasificar, comparar y establecer relaciones entre fenómenos.

- Generalización: Ésta representa la oportunidad de sistematizar el conocimiento empírico de la experiencia y de elevarlo a un plano conceptual, que permite un abordaje científico en la comprensión de una realidad. Dicha oportunidad se propone enriquecerla con el insumo del Aprendizaje Significativo sobre el "Anclaje" del conocimiento, donde los participantes resuelven el problema, aportan nuevas ideas, debaten sus méritos, con lo que apoya las nuevas ideas recién aprendidas; es decir, el "Anclaje" se refiere a la relación de los nuevos materiales con ideas específicamente relevantes, que están disponibles en la estructura cognoscitiva con un nivel de inclusión apropiado para facilitar ese intercambio.

- Aplicación: En este paso, se formulan planes para aplicar sus aprendizajes en sus contextos institucionales y culturales con base a los conocimientos adquiridos en los pasos anteriores, para enriquecerlo se propone de acuerdo con la teoría del Aprendizaje Significativo, conducir a los participantes a aplicaciones basadas en Saber algo sobre algo, Saber qué hacer con ese algo, Saber cómo hacer con lo que sabe sobre algo, Saber cuándo hacerlo y vincular otras circunstancias o lecciones.

En resumen, se propone ampliar y enriquecer las oportunidades de aprendizaje que brinda el Círculo Experiencial de Aprendizaje con los contenidos de la Teoría del Aprendizaje Significativo, con lo cual se intenta que se deje de ver al aprendizaje como una mera acumulación de conocimientos, en tanto que realmente es una integración de los nuevos con los antiguos conocimientos, que modifican la organización de éstos últimos.

- La promoción de la salud y en particular la educación para la salud son la piedra angular con la cual será posible que los derechohabientes participen en el cuidado de su salud, si se quiere que éstos participen corresponsablemente con prestadores de servicio para alcanzar mejores condiciones de vida, se propone que la educación tiene que darse de manera organizada y profesionalmente diseñada, que considere tanto al prestador como al receptor del servicio.

- Una propuesta más, es sobre la necesidad de desarrollar el Estudio de Costo Beneficio de estas actividades, con lo cual se precisan los costos de la capacitación y los beneficios económicos derivados de la capacitación, por servicios no demandados, o bien, proporcionados a partir del conocimiento y la posible solución a un problema especifico.

# BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFÍA


- AGUIRRE BELTRÁN. La población negra de México 1519-1810. Fuente Cultural, México, 1985,
- ALAIN, Jean. Conceptos sobre educación. Kapelusz, 2ª edición, Argentina, 1959, p. 175
- APPS, Jerold. Problemas de la educación permanente. Paidós, reimpresión España, 1985, p.213
- BEE Helen. El desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida. Harla 2ª edición, México, 1984, p. 645
- BENÍTEZ ZENTENO, Raúl. Consideraciones sobre la población, el desarrollo y la política de población en México. Vol. 6, No. 3, Demografía y Economía, El Colegio de México, México, 1972, pp. 291-297
- Centro de educación popular (CEDEPO). Técnicas participativas para la educación pupular. Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1998,
- CONOCIMIENTOS, Andragogía. México, 1999, http:www.conocimientos.net. Agosto de 2003.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). Programa Nacional de Población 1995-2000. México, 1995,
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). Programa Nacional de Población 2001-2006. México, 2001,
- Consejo Nacional de Población (CONAPO).Proyecciones de población. México, 1994,
- CHATEAU, Jean. Los grandes pedagogos. Fondo de Cultura Económica, 6ª reimpresión, México, 1970, p.420
- DAVIS, Keith. El comportamiento humano en el trabajo. McGraw Hill, 3ª edición en español, México, 1991, p.734

- DELLÓRDINE, José Luis. "El aprendizaje de una lengua extranjera, 12, en la formación contínua" http:/www.monografías.com/trabajos4/aprend_extr/aprend-extr.shtml. Argentina, 2000
- DÍAZ-BARRIGA Y HERNÁNDEZ. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. Mc Graw Hill, México, 2002,
- DÍAZ DÍAZ C.B., Una propuesta para formar educadores de adultos: "Programa de especialización en educación de adultos". http://utp.edu.co/chumanas/revistas/revistas/rev17/diaz.html. Colombia, Agosto, 2003
- FLÓRES OCHOA, Rafael. Evaluación pedagógica y cognición. Mc Graw Hill, Colombia, 2000,
- GARCÍA HOZ, Victor. Principios de pedagogía sistemática. Rialp, 5ª edición, Madrid, 1970, p. 558
- Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) Reglamento de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 2003,
- Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) Comités de muerte materna. México, 1990,
- Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) Salud Reproductiva, un enfoque integral. Manual de capacitación, México, 1995,
- KRIEKEMANS, A. Pedagogía general. Herder, Barcelona, 1982, p. 556
- LERNER, S. La investigación y la planeación Demográfica en México. Vol. 1, No. 1, Demografía y Economía, El Colegio de México, México, 1967, pp. 9-17
- LEVIN J. Fundamentos de estadística en la investigación social. Harla, México, 1995,
- LLANO CIFUENTES, Carlos. La vertiente humana del trabajo en la empresa. Rialp, España, 1990, p. 143
- MARTÍNEZ MANATOU , J. La Revolución Demográfica en México 1970-1980. Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), México, 1980,
- MALCOM Knowles. The adult learner: a neglected species., Golf publishing company, Texas, USA, 1990

- McGEHEE, William. Capacitación adiestramiento y formación profesional. Limusa, 2ª edición, México, 1986, p. 334
- MENDOZA NÚNEZ A. Necesidades de Capacitación. Trillas, México, 1992,
- MONTES, I. Constructivismo pedagógico y evaluación en el aula. México, http:www.cnep.org mx/información/modelos/constructivismo.htm. Mayo de 2003.
- NASSIF, Ricardo. Pedagogía de nuestro tiempo. Kapelusz, Buenos Aires, 1965, p. 179
- PALACIOS, Leopoldo. Tratado de educación personalizada. El concepto de persona. Rialp, España, 1989, p. 293
- PICK S., Como investigar en Ciencias Sociales. Trillas, México, 1995,
- PINTO VILLATORO R. Proceso de Capacitación. Diana, México, 1990,
- PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, México, 1995,
- PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, México, 2001,
- PREVOST, Marcel. "El arte de aprender". Espasa- Calpe, Argentina, 1980,
- QUIROGA, E. El nuevo contexto educativo, la significación en el aprendizaje de la enseñanza. México, ttp:www.cnep.org mx/información/modelos/aprendizajesig.htm. Mayo de 2003.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. Edición electrónica. Ver. 21.2.0, 1998
- RODRÍGUEZ Y RAMÍREZ. Administración de la capacitación, serie: capacitación efectiva. McGraw Hill, México, 1990, p.122
- SCHUNK, Dale H. Teorías del aprendizaje. Prentice Hall hispanoamericana, S.A. , México, 1997,
- Secretaria de Salud (S.S.A). La mortalidad materna en cifras 1983-1993. Dirección General Materno-Infantil, México, 1993,
- Secretaria de Salud (S.S.A). La mortalidad materna en cifras 1990-1992 Dirección General Materno-Infantil, México, 1992,

- SEGOVIA, Lucio. El método de proyectos en ámbitos adultos: expresiones de un uso explicitado del modelo. http://www.unesr.edu.ve/publicaciones/libro_lucio/adultos.htm. Agosto, 2003
- SILICEO, Alfonso. Capacitación y desarrollo de personal. Limusa, México, 1995, p. 210
- TEORIAS DEL APRENDIZAJE, El Constructivismo y el aprendizaje significativo. E.U.A., http:www.storecity.com/lmata/newpage11.htm. Julio de 2003.
- TEORIAS DEL APRENDIZAJE, Teorías del aprendizaje y la evaluación. E.U.A., http:www.storecity.com/lmata/pagina_nueva_6.htm. Julio de 2003.
- THE POPULATION COUNCIL. Tablas sobre mortalidad materna en el mundo. E.U.A., 1994,
- WERTHER, William. Administración de personal y recursos humanos. McGraw Hill, 2ª edición, México, 1990, p. 434

# ANEXO 1

## CUESTIONARIO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA A MUJERES DERECHOHABIENTES

**DELEGACIÓN No. _____** **TIPO DE UNIDAD:_____**

**CLAVE DE LA UNIDAD:_____**

1.- EDAD:_____ 2.- ESTADO CIVIL:_____

3.- NÚMERO DE HIJOS:_____

4.- ¿CONOCE USTED SUS FACTORES DE RIESGO?

SI NO

5.- ¿QUEN LE INFORMO SOBRE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO?

1. MEDICO FAMILIAR
2. ASISTENTE MEDICA
3. ENFERMERA
4. TRABAJADORA SOCIAL
5. GINECÓLOGO
6. OTROS:_____

6.- ¿CUÁNDO LE INFORMARON Y DONDE?

---

7.- ¿CONSIDERA TENER FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO?

SI NO

8.- ¿CUÁLES?_____

9.- ¿LE RECOMENDARON ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO CON BASE EN SUS FACORES DE RIESGO REPRODUCTIVO?

SI NO

10.- ¿CUÁL?_____

11.- ¿SI NO LE INFORMARON, LE GUSTARIA SABER CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO?

SI NO

12.- ¿POR QUE?_____

13.- ¿QUIÉN LE GUSTARIA MAS QUE LE INFORMARA?

1. MEDICO FAMILIAR
2. ASISTENTE MEDICA
3. ENFERMERA
4. TRABAJADORA SOCIAL
5. GINECÓLOGO
6. OTROS:_____

14.- ¿POR QUE?_____

15.- ¿PIENSA QUE ES IMPORTANTE CONOCER SUS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO PARA PROTEGER SU SALUD?

SI NO

16.- ¿POR QUE?_____

ANEXO 1

# ANEXO 2

## ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO
## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN
## GUIA I

**NOMBRE**_____ **FECHA**_____

Indique con una cruz:

Preevaluación _____ Postevaluación _____

**Instrucciones:** Marque con una cruz la respuesta que considere correcta:

1. La causalidad de la mortalidad materna y perinatal tiene en común estar asociada principalmente con:
   a) La presencia de complicaciones al momento de la atención del parto.
   b) La presencia de ciertos factores de riesgo en la etapa pregestacional.
   c) Un control prenatal deficiente.
   d) Una patología de instalación brusca y de difícil control.

2. La utilidad clínica de la aplicación de enfoque de riesgo reproductivo en la prevención de la mortalidad materno-infantil, radica en que:
   a) Permite seleccionar a ciertos grupos de población con mayor probabilidad de sufrir este tipo de mortalidad.
   b) Permitir dirigir selectivamente los recursos médicos asistenciales a la población que más lo necesita.
   c) Permitir dirigir la ocurrencia de embarazos en la población con factores de riesgo presentes.
   d) Las respuestas a y b son correctas.

3. Los antecedentes generales (edad, intervalo intergenésico corto, Multigravidez y peso corporal) son considerados factores de riesgo, debido a que:
   a) Describen algunas características de la conducta reproductiva de las mujeres.
   b) Se asocian directamente con mortalidad materna y perinatal.
   c) Reflejan el nivel socioeconómico de la población.
   d) Se asocian directamente sólo con la mortalidad perinatal.

4. La presencia de ciertos antecedentes patológicos obstétricos es considerada como un factor de riesgo reproductivo, por que:
   a) Se asocian directamente con la mortalidad materna.
   b) Tienden a la recurrencia en embarazos subsecuentes.
   c) Encubren otra patología de fondo en la mujer.
   d) Todas las anteriores.

5. El antecedente de patología crónicodegenerativa del tipo de diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía y nefropatía, debe ser considerado como un factor de riesgo, debido a que:
   a) Mantiene una relación causal sobre la mortalidad materna y perinatal.
   b) Genera productos de bajo peso al nacer y muerte fetal "in Utero".
   c) Se asocia principalmente con muerte materna por hemorragia.
   d) Las respuestas a y b son correctas.

**RESPUESTAS**

1. b, 2. c, 3. b, 4. d y 5. d

## PLANIFICACION FAMILIAR Y RIESGO REPRODUCTIVO
## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN
## GUIA II

**NOMBRE**_____ **FECHA**_____

Indique con una cruz:

Preevaluación _____ Postevaluación _____

**Instrucciones:** Marque con una cruz la respuesta que considere correcta:

1. La mortalidad materna y perinatal está causada básicamente por:
   a) Factores desfavorables del medio ambiente.
   b) Factores de tipo biomédico ligados al proceso de la reproducción.
   c) Combinación de factores tanto endógenos como exógenos.
   d) Factores biológicos presentes únicamente en la etapa preconcepcional.

2. La aplicación del enfoque de riesgo reproductivo para la prevención de la mortalidad materno-infantil, alcanza su mayor beneficio:
   a) En las mujeres con embarazos de alto riesgo.
   b) En recién nacidos producto de embarazos de alto riesgo.
   c) En las mujeres en edad fértil no embarazadas con factores de riesgo presentes.
   d) En las mujeres en edad fértil embarazadas o no, con presencia de factores de riesgo.

3. Los indicadores de salud materno-infantil directamente modificables a través de las acciones de planificación familiar son:
   a) Mortalidad neonatal y posneonatal.
   b) Mortalidad materna y posneonatal.
   c) Mortalidad posneonatal y preescolar.
   d) Mortalidad materna y neonatal.

4. La estrategia que mayor impacto tendría en la disminución de la mortalidad materna y perinatal es:
   a) Prevención del embarazo de alto riesgo a través de metodología anticonceptiva.
   b) Control prenatal oportuno en mujeres con embarazos de alto riesgo.
   c) Atención hospitalaria del parto en mujeres con embarazos de alto riesgo.
   d) Vigilancia del embarazo y atención del parto por personal especializado en ginecobstetricia.

5. La promoción de métodos anticonceptivos con el enfoque de riesgo reproductivo debe orientarse a:
   a) Mujeres en edad fértil no embarazadas en consulta externa.
   b) Mujeres en período posparto y postaborto.
   c) Mujeres embarazadas asistentes a la consulta externa.
   d) Todas las anteriores.

**RESPUESTAS:**

1.b, 2. c, 3. d, 4. a y 5. d

**MORTALIDAD MATERNA**
**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN**
**GUIA III**

**NOMBRE**_____ **FECHA**_____

Indique con una cruz:

Preevaluación _____ Postevaluación _____

**Instrucciones:** Marque con una cruz la respuesta que considere correcta:

1. De los siguientes paisesm el único que para 1980, permanecía todavía con tasas de mortalidad materna por arriba de 20 por 10 mil nacidos vivos es:
   a) Paraguay
   b) Colombia
   c) Costa Rica
   d) México

2. Al analizar las principales causas de muerte materna se encuentra que:
   a) Se asocian a un grupo minoritario de mujeres, consideradas como de alto riesgo.
   b) Son altamente previsibles.
   c) Son de instalación brusca y de difícil control.
   d) La respuesta a y b son correctas.

3. La muerte obstétrica directa se debe a:
   a) Enfermedades persistentes o que se desarrollan durante el embarazo, parto y puerperio.
   b) A causas accidentales o incidentales durante el embarazo, parto y puerperio.
   c) Enfermedades o complicaciones que resultan como consecuencia del embarazo, parto y puerperio.
   d) Padecimientos que son agravados por efectos fisiológicos del embarazo.

4. Las causas de muerte obstétrica directa, se caracterizan porque:
   a) Se instalan de manera súbita y grave.
   b) Son una complicación en el momento de la atención del parto.
   c) Se pueden prevenir mediante control prenatal adecuado y oportuno.
   d) Requieren para su manejo de recursos de alta tecnología.

5. Dentro de las principales acciones tendientes a disminuir la mortalidad materna ¿cuál considera que tendría el mayor impacto?
   a) El control del embarazo de alto riesgo.
   b) Atención hospitalaria del parto.
   c) Capacitación del personal prestador de los servicios.
   d) Prevención de la ocurrencia del embarazo de alto riesgo en mujeres con factores de riesgo reproductivo.

RESPUESTAS:

1. a, 2. d, 3. c, 4. c y 5. d

## MORTALIDAD DEL MENOR DE 5 AÑOS
## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN
## GUIA IV

**NOMBRE**_____ **FECHA**_____

Indique con una cruz:

Preevaluación _____ Postevaluación _____

**Instrucciones:** Marque con una cruz la respuesta que considere correcta:

1. La mortalidad neonatal se caracteriza principalmente porque:
   a) Está ligada íntimamente a fenómenos biológicos relacionados con el proceso de la reproducción.
   b) Puede ser modificada favorablemente mediante acciones de atención primaria a la salud.
   c) Mejora drásticamente con la atención hospitalaria del parto.
   d) Está ligada solamente a fenómenos exógenos de tipo ambiental.
2. De los siguientes tipos de mortalidad, ¿cuál considera usted que se encuentra ligado a factores de tipo exógeno exclusivamente?
   a) Neonatal
   b) Posneonatal
   c) Preescolar
   d) Infantil (de 0 a 11 meses)
3. La importancia de analizar la causalidad de la muerte del menor de 5 años radica en que permite:
   a) Conocer los factores condicionantes y propiciadores de las patologías que la originan.
   b) Orientar acciones de carácter preventivo que modifiquen dicha causalidad.
   c) Realizar acciones médicas específicas al tipo de patología.
   d) Todas las anteriores.
4. De las siguientes estrategias tendientes a abatir la mortalidad preescolar, ¿cuál considera la más importante?
   a) Mejorar los niveles educativos de la población.
   b) Mejorar las condiciones específicas de vida como saneamiento ambiental y educación para la salud.
   c) Vigilancia y control del niño sano.
   d) Mejorar la disponibilidad de recursos médicos asistenciales.
5. De las siguientes estrategias de intervención para modificar la mortalidad neonatal, ¿cuál considera la más importante?
   a) Atención del parto a nivel hospitalario.
   b) Sistemas eficientes de derivación de embarazadas, a los diferentes niveles de atención.
   c) Prevención de la ocurrencia de los embarazos de alto riesgo.
   d) Capacitación del personal profesional encargado de la atención obstétrica.

**RESPUESTAS:**

1. **a, 2. c, 3. d, 4. b, y 5. c**

ANEXO 2

**ANTICONCEPCION HORMONAL**
**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN**
**GUIA V**

**NOMBRE**_____ **FECHA**_____

Indique con una cruz:

Preevaluación _____ Postevaluación _____

**Instrucciones:** Marque con una cruz la respuesta que considere correcta:

1. El principal mecanismo de acción de los anticonceptivos orales es la:
   a) Hostilidad del moco cervical a la penetración espermática.
   b) Modificación del endometrio que impide la implantación.
   c) Alteración en el transporte del óvulo por la trompa.
   d) Modificación de la cápsula del ovario que impide la ovulación.

2. Uno de los siguientes factores constituye una contraindicación absoluta para el uso de anticonceptivos orales combinados.
   a) Edad mayor de 35 años.
   b) Diabetes no controlada.
   c) Lactancia.
   d) Hipertensión arterial.
   e) Litiasis vesicular.

3. Los siguientes padecimientos disminuyen en las mujeres que toman anticonceptivos orales a excepción de uno:
   a) Quistes de retención del ovario.
   b) Cáncer cervical.
   c) Anemia ferropriva.
   d) Cáncer endometrial.
   e) Embarazo ectópico.

4. Las siguientes aseveraciones se han asociado con el uso del anticonceptivo hormonal inyectable a excepción de una:
   a) Elevada frecuencia de alteraciones menstruales.
   b) Mayor frecuencia de amenorrea con acetato de medroxiprogesterona.
   c) Elevada eficacia anticonceptiva.
   d) Alta tasa de continuidad.
   e) Posible aumento de riesgo de cáncer cervical.

5. En todos los casos de las siguientes mujeres está indicado el uso de anticonceptivos orales combinados, a excepción de uno:
   a) 35 años de edad y 3 hijos.
   b) 28 años de edad y 2 hijos.
   c) 35 años de edad sin hijos.
   d) 32 años de edad y 2 hijos.
   e) 18 años de edad sin hijos.

**RESPUESTAS:**

1. e, 2. c, 3. b, 4. d y 5. a

ANEXO 2

**DISPOSITIVO INTRAUTERINO**
**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN**
**GUIA VI**

**NOMBRE**_____ **FECHA**_____

Indique con una cruz:

Preevaluación _____ Postevaluación _____

**Instrucciones:** Marque con una cruz la respuesta que considere correcta:

1. La principal acción anticonceptiva del DIU se obtiene al:
   a) Impedir la penetración espermática.
   b) Destruir los espermatozoides en endometrio.
   c) Impedir la nidación del blastocisto.
   d) Disminuir la motilidad espermática en trompas.

2. ¿cuál es el DIU que tiene la menor tasa acumulada de embarazos en un año?
   a) Tcu 380
   b) Asa de Lípez
   c) Tcu 220 c
   d) Tcu 220

3. ¿cuál es el DIU que provoca menos sangrado menstrual?
   a) Tcu 380
   b) Asa de Lípez
   c) Tcu 220 c
   d) Tcu 220

4. La tasa de expulsión acumulada a un año con el uso del DIU es de:
   a) 1 a 5
   b) 10 a 20
   c) 5 a 15
   d) 5 a 20

5. el mayor incremento en el sangrado menstrual ocasionado por un DIU es con el uso de:
   a) Tcu 380
   b) Asa de Lípez
   c) Tcu 220
   d) Tcu 220c

**RESPUESTAS:**

1. b, 2. a, 3. c, 4. d y 5. b

## OCLUSION TUBARIA BILATERAL
## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN
## GUIA VII

**NOMBRE**_____ **FECHA**_____

Indique con una cruz:

Preevaluación _____ Postevaluación _____

Instrucciones: Marque con una cruz la respuesta que considere correcta:

1. ¿Cuál es la técnica más aconsejable para efectuar la OTB?
   a) Madlener.
   b) Irving.
   c) Pomeroy.
   d) Aldridge.

2. En todos los siguientes casos se puede hacer la OTB, excepto en:
   a) Intervalo.
   b) Embarazo.
   c) Postaborto.
   d) Posparto.

3. ¿Cuál de las siguientes técnicas para efectuar la OTB es más utilizada?
   a) Anillos o bandas de silástico.
   b) Clips.
   c) Tapones tubarios
   d) Quemadura de las trompas por histeroscopía

4. ¿Cuál de los siguientes accidentes se puede presentar durante la OTB?
   a) Lesión en útero.
   b) Lesión en intestino.
   c) Lesión en vejiga.
   d) Todas las anteriores.

5. ¿Cuál es la tasa de embarazos por falla de la OTB, acumulada a un año por 100 usuarias?
   a) De 4 a 6
   b) Menos de 1
   c) De 1 a 3
   d) De 6 a 10

RESPUESTAS:

1. c, 2. b, 3. a, 4. d y 5. b

**ANEXO 2**

**VASECTOMIA**
**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN**
**GUIA VIII**

**NOMBRE**_____ **FECHA**_____

Indique con una cruz:

Preevaluación _____ Postevaluación _____

Instrucciones: Marque con una cruz la respuesta que considere correcta:

1. La vasectomía es:
   a) La obstrucción quirúrgica de los conductos deferentes.
   b) La anastomosis del conducto deferente.
   c) La resección del conducto deferente y el testículo.
   d) La obstrucción quirúrgica del epidídimo.

2. La técnica anestésica más adecuada para practicar la vasectomia es:
   a) Anestesia general.
   b) Anestesia local.
   c) Bloqueo epidural.
   d) Anestesia de ganglios lumbosacros.

3. La vasectomía tiene tasas de fracaso de:
   a) 0 a 2 por ciento.
   b) 3 a 5 por ciento.
   c) 5 a 10 por ciento.
   d) 10 a 20 por ciento.

4. La vasectomía:
   a) Incrementa al doble el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
   b) Incrementa en un 50 por ciento los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.
   c) No incrementa los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.
   d) Provoca aterosclerosis de arterias coronarias.

5. Como resultado de la vasectomía:
   a) Se alteran la satisfacción y el funcionamiento sexuales.
   b) No se alteran la satisfacción y el funcionamiento sexuales.
   c) Se produce disfunción eréctil
   d) Se propicia la homosexualidad.

**RESPUESTAS:**

**1.a, 2. b, 3. a, 4. c, y 5. b**

**ANEXO 2**

## ANTICONCEPCIÓN POSPARTO Y POSTABORTO
## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN
## GUIA IX

**NOMBRE**_____ **FECHA**_____

Indique con una cruz:

Preevaluación _____ Postevaluación _____

Instrucciones: Marque con una cruz la respuesta que considere correcta:

1. ¿Cuáles son los objetivos de la anticoncepción posparto y postaborto?
   a) Contribuir de manera efectiva al abatimiento de las tasas de morbimortalidad materno-infantil.
   b) La protección anticonceptiva a las mujeres con embarazo de alto riesgo, eutocia y aborto.
   c) Contribuir al mejoramiento de la salud materno-infantil.
   d) Todas las anteriores.

2. ¿Cuál fue la conclusión sobresaliente del Seminario de Normas de Anticoncepción Posparto y Postaborto?
   a) Programación de metas posparto y postaborto.
   b) Investigación de metodología posparto y postaborto.
   c) Indicación médica de la anticoncepción posparto y postaborto de acuerdo con la valoración de riesgo.
   d) Ninguna de las anteriores.

3. Una contraindicación absoluta de los hormonales orales durante:
   a) Lactancia.
   b) Obesidad.
   c) Anemia.
   d) Amibiasis

4. ¿Cuáles son las contraindicaciones específicas del DIU posparto o transcesárea?
   a) Malas condiciones del recién nacido y obesidad de la madre.
   b) Ruptura prematura de membranas de más de 8 horas y anemia.
   c) Hipertensión arterial y nefropatía.
   d) Todas las anteriores.

5. ¿Cuál es el propósito del control y evaluación en el programa de anticoncepción posparto y postaborto?
   a) Vigilar, dirigir y corregir, en su caso, las actividades programadas.
   b) Establecer un plan de visitas de supervisión.
   c) Adoptar medidas para ampliar la cobertura de la protección anticonceptiva posparto y postaborto.
   d) Elaborar instrumentos de control interno.

**RESPUESTAS:**

1. b, 2. c, 3. a, 4. b, y 5. a

# ANEXO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

# VIGILANCIA PRENATAL

## RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTETRICO

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | AGREGADO | | | | | | | |

NOMBRE DEL PACIENTE

PATERNO | MATERNO | NOMBRE(S)

CURP | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

UNIDAD DE ADSCRIPCION _____

No. CONSULTORIO _____ TURNO _____

## ANTECEDENTES

1. EDAD (EN AÑOS) | | |
   - 20 A 29 | 0 |
   - 15 A 19 | 1 |
   - 30 A 34 | 1 |
   - MENOS 15 ó MAS DE 34 | 4 |
2. PESO HABITUAL (KILOS) | | | |
   - 50 ó MAS | 0 |
   - MENOS DE 50 | 1 |
3. TALLA (CENTIMETROS) | | | |
   - 150 ó MAS | 0 |
   - MENOS DE 150 | 1 |
4. ESCOLARIDAD MATERNA
   - SECUNDARIA ó MAS | 0 |
   - PRIMARIA ó MENOS | .5 |
5. F.U.M. | | DIA | | MES | | AÑO |
6. F.P.P. | | DIA | | MES | | AÑO |

VIDA SEXUAL ACTIVA | SI | | NO |

NUMERO DE HIJOS VIVOS | | |

7. GESTA | | |
   - 2 A 4 | 0 |
   - PRIMIGESTA | 1 |
   - MAS DE 4 | 4 |
8. PARA | | |
9. ABORTOS | | |
   - 0 A 1 | 0 |
   - 2 | 2 |
   - 3 ó MAS | 4 |
10. CESAREA No. | |
    - NO | 0 |
    - SI | 4 |
11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL EMBARAZO ACTUAL | | |
    - 25 A 60 MESES | 0 |
    - MENOS DE 25 MESES | .5 |
    - MAS DE 60 MESES | .5 |

EL ULTIMO EMBARAZO:

¿FUE DE TERMINO? | SI | | NO | | ABORTO |

¿EL PARTO FUE NORMAL? | SI | | NO | | CESAREA |

¿ HUBO MORTALIDAD PERINATAL | SI | | NO |

12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS
    - NINGUNO | 0 |
    - PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA | 4 |
    - POLIHIDRAMNIOS | 4 |
    - SANGRADO 3er. TRIMESTRE | 4 |
    - PARTO PRE - TERMINO | 4 |
    - BAJO PESO AL NACER MENOS DE 2,500 g | 4 |
    - MALFORMACION CONGENITA | 4 |
    - MUERTE FETAL TARDIA | 4 |
    - MACROSOMIA MAS DE 4,000 g | 4 |
    - CIRUGIA PELVICO UTERINA | 4 |
    - OTROS _____ | |
13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS
    - NINGUNO | 0 |
    - HIPERTENSION ARTERIAL | 4 |
    - DIABETES MELLITUS | 4 |
    - CARDIOPATIA | 4 |
    - OTRA ENFERMEDAD CRONICA Y/O SISTEMICA GRAVE _____ | 4 |
    - TABAQUISMO:
      - NEGATIVO ó MENOS DE 10 CIGARROS | 0 |
      - 10 ó MAS CIGARRILLOS | 1 |
    - ALCOHOLISMO | SI | NO |
    - OTRA TOXICOMANIA _____ | SI | NO |

VALORACION RIESGO REPRODUCTIVO | | FECHA DE LA VALORACION | | DIA | | MES | | AÑO |

## EVOLUCION DEL EMBARAZO

| | FECHA CONSULTA PRENATAL (DIA MES AÑO) | SEMANAS DE GESTACION | PESO (KILOS) | T. A. SISTOLICA Y DIASTOLICA | T.A. MEDIA | EDEMA | A.F.U. | SIND. VASCULO ESPASMODICO NO | SIND. VASCULO ESPASMODICO SI | FRECUENCIA CARDIACA FETAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | / | | | | | | |
| 2 | | | | / | | | | | | |
| 3 | | | | / | | | | | | |
| 4 | | | | / | | | | | | |
| 5 | | | | / | | | | | | |
| 6 | | | | / | | | | | | |
| 7 | | | | / | | | | | | |
| 8 | | | | / | | | | | | |
| 9 | | | | / | | | | | | |
| 10 | | | | / | | | | | | |
| | | | Mayor = 4 ó Menor = 4 | Mas de 140 = 4 / Más de 90 = 4 | 105 ó más = 4 | ++ ó más = 4 | Mayor = 4 ó Menor = 4 | Presente = 4 | | Menos 120 = 4 Más de 160 = 4 |

ANVERSO MF- 5/2000

## LABORATORIO

| FECHA DE INTERPRETACION (DIA / MES / AÑO) | B. H. HEMOGLOBINA EN GRAMOS | GENERAL DE ORINA: PROTEINURIA GRAMOS / L | GENERAL DE ORINA: ERITROCITURIA No. POR CAMPO | GENERAL DE ORINA: LEUCOCITURIA No. POR CAMPO | GENERAL DE ORINA: BACTERIURIA No. POR CAMPO | UROCULTIVO POSITIVO SI | UROCULTIVO POSITIVO NO | GLUCEMIA mg / dl% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

VDRL Positivo = 4

FACTOR RH INCOMPATIBLE SI = 4 NO = 0

9.5 ó menos = 2 después de la semana 34 de la gestación = 4

300 mg o más = 4

2 ó más = 2 Dos veces consecutivas = 4

10 ó más = 2 Dos veces consecutivas = 4

10 ó más = 2 Dos veces consecutivas = 4

Positivo = 4

Mayor a 110 = 4 Negativo = 0

## DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

| No. CONS | DIAGNOSTICO | RIESGO OBSTETRICO | TRATAMIENTO | MATRICULA MEDICO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

ENVIO A:

E.M.I. (DIA / MES / AÑO)

TRABAJO SOCIAL (DIA / MES / AÑO)

TOXOIDE TETANICO (DIA / MES / AÑO)

## INTERCONSULTA AL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

HOSPITAL: _____ DELEGACION: _____

RESUMEN DE ENVIO: _____

DIAGNOSTICO _____

FECHA DE ENVIO (DIA / MES / AÑO)

INCAPACIDAD: RAMO: ( ) FOLIO _____ DIAS _____ FECHA (DIA / MES / AÑO)

FIRMA _____ (MEDICO) MATRICULA _____

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA _____

## CONTESTACION DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL

DIAGNOSTICO AL ALTA: _____

FECHA DE ALTA DEL SERVICIO (DIA / MES / AÑO)

RECOMENDACIONES AL MED. FAM. _____

INCAPACIDAD: RAMO: ( ) FOLIO _____ DIAS _____ FECHA (DIA / MES / AÑO)

FIRMA _____ (MEDICO) MATRICULA _____

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA _____

## ATENCION DEL PARTO ( ) ENFERMERA PRENATAL HOSPITAL ( )

RESUMEN DE ENVIO: _____

DIAGNOSTICO _____

FECHA DE ENVIO (DIA / MES / AÑO)

INCAPACIDAD PRENATAL: FOLIO _____ DIAS _____ FECHA (DIA / MES / AÑO)

FIRMA _____ (MEDICO) MATRICULA _____

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA _____

## CONTESTACION DEL HOSPITAL DESPUES DEL PARTO

PARTO: VAGINAL ___ CESAREA ___ FECHA (DIA / MES / AÑO)

COMPLICACIONES: _____

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR OTORGADO _____

CONDICIONES DEL NIÑO AL NACER: VIVO ___ APGAR A 5' ___

PESO ___ TALLA ___ SEM. GEST. ___ MUERTO ___

PATOLOGIA EN EL RECIEN NACIDO: _____

FECHA DE ALTA (DIA / MES / AÑO)

INCAPACIDAD POSNATAL: FOLIO _____ DIAS _____ FECHA (DIA / MES / AÑO)

FIRMA _____ (MEDICO) MATRICULA _____

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA _____

# ANEXO 4

TASA DE CRECIMIENTO MEDIO ANUAL MEXICO,1900,1995

| PERIODOS | TASA DE CRECIMIENTO PORCENTAJE |
|---|---|
| 1900-1910 | 1.1 |
| 1910-1921 | - 0.5 |
| 1921-1930 | 1.1 |
| 1930-1940 | 1.7 |
| 1940-1950 | 2.7 |
| 1950-1960 | 3.1 |
| 1960-1970 | 3.4 |
| 1970-1980 | 3.3 |
| 1980-1990 | 2.0 |
| * 1995 | 1.7 |

Fuente: Censos generales de población

* Proyección de CONAPO, con base en la ENADID.

MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS POSTERIORMENTE A RECIBIR CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR.

| ESTADIO REPRODUCTIVO | M U J E R E S ENTREVISTADAS | |
|---|---|---|
| | NO. | % |
| SIN RELACIONES SEXUALES | 122 | 14.8 |
| UNIDAS | 701 | 85.2 |
| SUMA | 823 | 100.0 |

**MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS POSTERIORMENTE A RECIBIR CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR, SEGUN NUMERO DE HIJOS.**

| NUMERO DE HIJOS | MUJERES ENTREVISTADAS | |
|---|---|---|
| | NO. | % |
| 0 | 143 | 17.4 |
| 1-2 | 354 | 43.0 |
| 3-5 | 188 | 22.8 |
| MAS DE 5 | 138 | 16.8 |
| S U M A | 823 | 100.0 |

**MUJERES EN EDAD FERTIL QUE DEMANDARON CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y ASISTIERON A ACTIVIDADES DE COMUNICACION EDUCATIVA.**

| ACTIVIDAD EDUCATIVA | E S T A D I O SIN RELACIONES SEXUALES | REPRODUCTIVO UNIDAS | S U M A |
|---|---|---|---|
| ORIENTACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR EN VISITAS ANTERIORES. SI | 64 | 544 | 608 |
| % | **52.5** | **77.6** | **73.9** |
| NO | 58 | 157 | 215 |
| % | **47.5** | **22.4** | **26.1** |
| ORIENTACION SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO EN ESTA VISITA SI | 86 | 516 | 602 |
| % | **70.5** | **73.6** | **73.2** |
| NO | 36 | 185 | 221 |
| % | **29.5** | **26.4** | **26.8** |

**PROMEDIO DE CALIFICACIONES POR DISCIPLINA PROFESIONAL, EN LOS TEMAS SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO.**

| T E M A | ASISTENTES MEDICAS | MEDICOS FAMILIARES | GINECO-OBSTETRAS |
|---|---|---|---|
| ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO **VALORACION PREVIA** | 43.5 | 56.0 | 50.0 |
| **VALORACION POSTERIOR** | 75.0 | 73.8 | 96.7 |
| **GANANCIA** | **31.5** | **17.8** | **46.7** |
| RIESGO REPRODUCTIVO Y PLANIFICACION FAMILIAR **VALORACION PREVIA** | 53.2 | 62.9 | 66.7 |
| **VALORACION POSTERIOR** | 66.1 | 71.3 | 90.0 |
| **GANANCIA** | **12.5** | **8.4** | **23.3** |

MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS POSTERIORMENTE A RECIBIR CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR QUE IDENTIFICAN SUS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO, SEGUN NUMERO DE HIJOS .

| NUMERO DE HIJOS | MUJERES ENTREVISTADAS | ORIENTADAS EN R.R. | | IDENTIFICAN FACTORES DE R.R. | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | NO. | % | NO. | % |
| 0 | 143 | 86 | 60.1 | 86 | 100.0 |
| 1-2 | 354 | 250 | 70.6 | 180 | 72.0 |
| 3-5 | 188 | 174 | 92.6 | 113 | 64.9 |
| MAS DE 5 | 138 | 92 | 59.4 | 50 | 54.4 |
| S U M A | 823 | 602 | 73.2 | 429 | 71.3 |

**PROMEDIO DE CALIFICACIONES POR DISCIPLINA PROFESIONAL EN LOS TEMAS SOBRE METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA.**

| T E M A | ASISTENTES MEDICAS | MEDICOS FAMILIARES | GINECO-OBSTETRAS |
|---|---|---|---|
| *METODOS HORMONALES* **VALORACION PREVIA** | 43.8 | 58.7 | 68.3 |
| **VALORACION POSTERIOR** | 81.4 | 88.7 | 93.3 |
| **GANANCIA** | **37.6** | **30.0** | **25.0** |
| *DISPOSITIVO INTRAUTERINO* **VALORACION PREVIA** | 40.0 | 53.0 | 55.0 |
| **VALORACION POSTERIOR** | 73.5 | 83.8 | 86.7 |
| **GANANCIA** | **33.5** | **30.8** | **31.7** |
| *OCLUSION TUBARIA* **VALORACION PREVIA** | 49.6 | 62.2 | 71.7 |
| **VALORACION POSTERIOR** | 77.5 | 90.0 | 98.3 |
| **GANANCIA** | **27.9** | **27.8** | **26.6** |
| *PROTECCION POSPARTO* **VALORACION PREVIA** | 56.4 | 69.8 | 65.0 |
| **VALORACION POSTERIOR** | 84.7 | 92.2 | 95.0 |
| **GANANCIA** | **28.3** | **22.4** | **30.0** |

MUJERES ENTREVISTADAS POSTERIORMENTE A RECIBIR CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR, DE ACUERDO CON SU NUMERO DE HIJOS Y METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO.

| NUMERO DE HIJOS | HORMONAL NO. | % | DISPOSITIVO NO. | % | QUIRURGICO NO. | % | NINGUNO NO. | % | T O T A L NO. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 7 | 4.8 | 9 | 6.2 | ---- | ---- | 127 | 89.0 | 143 |
| 1-2 | 32 | 9.0 | 130 | 36.8 | 27 | 7.6 | 165 | 46.6 | 354 |
| 3-5 | 12 | 6.6 | 43 | 22.7 | 98 | 52.1 | 35 | 18.6 | 188 |
| MAS DE 5 | 7 | 5.1 | 39 | 28.2 | 31 | 22.5 | 61 | 44.2 | 138 |
| S U M A | 58 | 7.0 | 221 | 26.9 | 156 | 19.0 | 388 | 47.2 | 823 |

**MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS POSTERIORMENTE A RECIBIR CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR, QUE IDENTIFICAN FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO, DE ACUERDO A LA INDICACION MEDICA DE METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA Y EL NUMERO DE HIJOS VIVOS.**

| FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO / METODO ANTICONCEPTIVO | NUMERO DE HIJOS | | | | | | | | SUMA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | | 1-2 | | 3-5 | | MAS DE 5 | | | |
| MUJERES QUE IDENTIFICAN FACTORES DE RIESGO | NO. | % | NO. | % | NO. | % | NO. | % | NO. | % |
| HORMONAL | ----- | ----- | 32 | 17.8 | 8 | 7.1 | 5 | 7.0 | 45 | 9.8 |
| DISPOSITIVO | 5 | 5.1 | 87 | 48.3 | 17 | 15.0 | 17 | 23.9 | 126 | 27.3 |
| QUIRURGICO | ----- | ----- | 27 | 15.0 | 77 | 68.1 | 17 | 23.9 | 121 | 26.2 |
| NINGUNO | 92 | 94.9 | 34 | 18.8 | 11 | 9.7 | 32 | 45.1 | 169 | 36.7 |
| MUJERES QUE NO IDENTIFICAN FACTORES DE RIESGO | NO. | % | NO. | % | NO. | % | NO. | % | NO. | % |
| HORMONAL | 7 | 15.2 | ----- | ----- | 4 | 5.3 | 2 | 3.0 | 13 | 3.6 |
| DISPOSITIVO | 4 | 8.7 | 42 | 24.1 | 26 | 34.7 | 22 | 32.8 | 94 | 26.0 |
| QUIRURGICO | ----- | ----- | ----- | ----- | 21 | 28.0 | 14 | 20.9 | 35 | 9.7 |
| NINGUNO | 35 | 76.1 | 132 | 75.9 | 24 | 32.0 | 29 | 43.3 | 220 | 60.8 |

# GLOSARIO

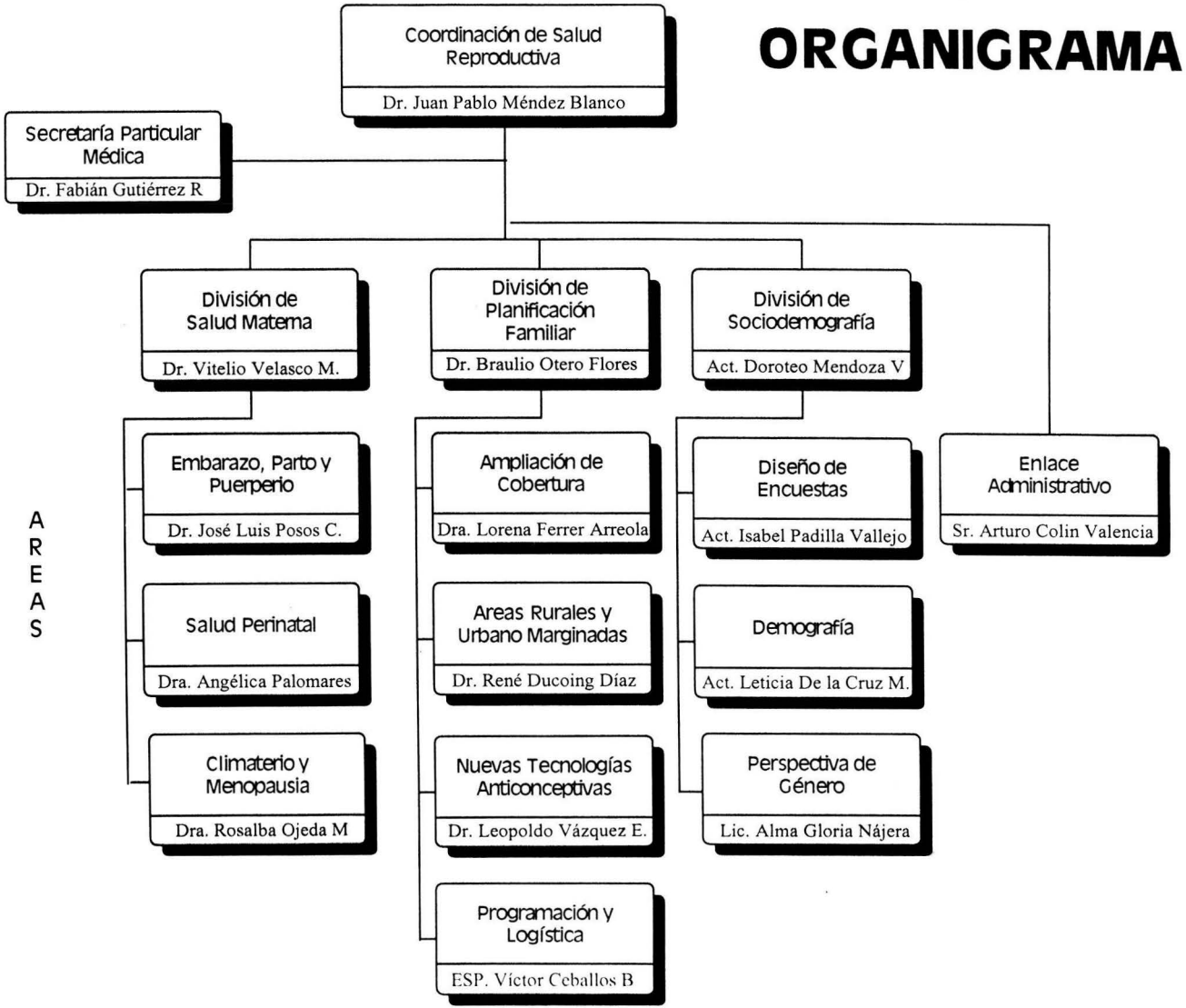
## GLOSARIO

| PALABRA | SIGNIFICADO |
|---|---|
| Actitud | Disposición de ánimo de algún modo manifestada. Expresa algo con eficacia. ACTITUD benévola, pacífica, amenazadora, de una persona. |
| Alumno | Discípulo, con respecto a su maestro, a la materia, clase, escuela, colegio o universidad donde estudia. |
| Andamiaje | Intervenciones tutoriales del enseñante: mas dificultades, mas directivas las intervenciones del tutor.Control de los elementos de la tarea que superan las capacidades del aprendizaje, de modo que éste se concentre v domine las características |
| Apreciación | Estimación cualitativa de la participación del alumno en el proceso del aprendizaje, así como de los resultados de éste. |
| Aprender | Adquirir conocimientos por medio del estudio o la experiencia. Instruirse, educarse. |
| Aprendizaje | Cambio duradero en la conducta o en la capacidad para comportarse de cierta manera, que resulta de la práctica o de otras experiencias |
| Asignatura | Cada una de las materias que se enseñan en un instituto docente, o forman un plan académico de estudios |
| Atención | Acto de elegir determinada información del entrono para su procesamiento. |
| Capacidad | Aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo. |
| Cardiopatía | Cualquier enfermedad del corazón. |
| Cesárea previa | Mujeres que han tenido una operación cesárea previo al embarazo actual. |
| Codificación | El proceso de colocar los nuevos datos en el sistema de procesamiento de información y prepararlos para si almacenamiento en la memoria a largo plazo. |
| Conocimiento | Entendimiento, inteligencia. Sentido, facultad de sentir o percibir. Ciencia, sabiduría. |
| Consecución | Acción y efecto de conseguir. |
| Constructivismo | Corriente de la psicología educativa basada en la construcción del aprendizaje. |
| Contenido | Tabla de materias, a modo de índice. |
| Contexto | Estructura de una obra o tejido. Enredo o maraña de cosas que se entrelazan o entretelen. Contenido textual. Serie o hilo de un discurso, historia o narración. |
| Contextualizar | Acción y efecto de contextuar. |
| Currículo | Plan de estudios, Conjunto de estudios y prácticas destinadas a que el alumno desarrolle plenamente sus posibilidades, currículum vitae. |
| Devengar | Adquirir derecho o alguna percepción o retribución. |
| Dialéctico | Arte de clasificar los conceptos para examinarlos o discutirlos. Arte del diálogo y de la discusión. |

| | |
|---|---|
| Didáctica | Arte de enseñar. Parte de la Pedagogía que trata de los procedimientos y técnicas de la enseñanza. |
| Didáctico | Perteneciente o relativo a la enseñanza; propio, adecuado para enseñar o instruir. |
| Docente | Que enseña, instruye o adoctrina. Perteneciente o relativo a la enseñanza. |
| Dogma | Posición que se asienta como firme y cierta y como principio innegable de una ciencia. Fundamento o punto capital de todo sistema, ciencia, |
| Dogmática | Perteneciente a los dogmas de la religión. Intransigente en sus convicciones |
| Dominio | Poder de usar o disponer libremente de lo suyo. Superioridad legítima sobre las personas, Tierra o estado bajo el dominio de un Soberano o de una República, potestad, autoridad, imperio, señorío. |
| Dominio | Acumulación de nuevos hechos a los esquemas preexistentes. |
| Eclecticismo | yuxtaposición de tesis conciliables de diferentes doctrinas o sistemas |
| Edades extremas | Comprende a las mujeres menores de 20 y mayores de 35 años |
| Educación | Acción y efecto de educar, enseñanza que se da a los niños y jóvenes. Cortesía, urbanidad. |
| Educar | Dirigir, encaminar, doctrinar, Desarrollar y perfeccionar las facultades intelectuales y morales del individuo. Enseñar los buenos usos de la urbanidad y cortesía. |
| Encomiar | Alabar, exaltar, Elogiar encarecidamente a una persona o cosa. |
| Enseñanza | Acción y efecto de enseñar. Sistema, método de dar instrucción. Transmision de conocimientos sobre diferentes cuestiones. Adquisición de habilidad o destreza para algún arte, oficio o profesión. |
| Enseñar | Instruir, amaestrar con reglas o preceptos, doctrinas. Dar advertencia, ejemplo o escarmiento que sirve de experiencia. Indicar, dar señas de una cosa. |
| Epistemología | Teoría del saber. Teoría de las ciencias, estudio crítico de los principales métodos y resultados de las diversas ciencias. |
| Estrategia | Arte de dirigir las operaciones militares. Traza para dirigir un asunto. En América, estratagema; es barbarismo. |
| Estrategias de enseñanza | Procedimientos que se utilizan en forma reflexiva y flexible para promover el logro de aprendizajes significativos en los participantes. |
| Etnografía | Estudio y descripción de las razas y los pueblos relacionándolos y comparándolos. |
| Evaluación | Asignación general de un valor al aprendizaje logrado por cada alumno, el valor no es calidad ni cantidad aisladas, sino el resultado de combinar ambas. |
| Facilitador | El que facilita; facilitar: hacer fácil o posible la ejecución de algo o la conscecución de un fin. |
| Factor de riesgo | Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociada con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño. |

| | |
|---|---|
| Filosofía | Ciencia de las primeras causas, esencia, propiedades y efectos de las cosas. |
| Génesis | Orígen o principio de una cosa. Conjunto de fenómenos que dan por resultado un hecho. |
| Hipertensión arterial | Aumento de la presión arterial por arriba del rango establecido. |
| Hitos | Unido, inmediato. Fijo, firme, asegurado.Blanco a donde se dirige la vista o puntería para acertar el tiro. |
| Instrucción | Acción y efecto de instruir o instruirse. Caudal de conocimientos adquiridos. Curso que sigue un proceso o expediente. Conjunto de reglas o advertencias. Ordenes que se dictan a jefes, agentes diplomáticos, etc. Educación, saber, cultura. |
| Instrumento | Conjunto de diversas piezas, combinadas para que sirva en el ejercicio de las artes y oficios. Ingenio o máquina. Aquello que sirve para hacer una cosa, o de medio para hacerla o conseguir un fin. Sujeto al que otros utilizan para malos fines. |
| Interacción | Acción recíproca entre dos o más objetos, agentes, fuerzas, funciones, etc. |
| Intercambio | Reciprocidad e igualdad de consideraciones y servicios entre corporaciones análogas de diversos paises. Permuta, trueque, canje, obtención de productos que no se poseen mediante la cesión de los que se poseen. |
| Intervalo Intergenésico | Número de meses que transcurren entre la finalización de un embarazo y la iniciación del siguiente. |
| Laxo | Flojo, que no tiene la tensión debida. Aplícase a la moral relajada, libre o poco sana. |
| Lograr | Conseguir o alcanzar lo que se intenta o desea. Gozar o disfrutar una cosa. |
| Logro | Acción y efecto de lograr. Lucro, usura, ganancia, beneficio, utilidad. |
| Materia | Punto o negocio del que se trata. Asunto de una obra literaria, científica, etc. |
| Medición | Determinación cuantitativa de lo que cada alumno ha aprendido, lo cual se logra mediante la aplicación de una prueba de examen y el recuento de los rendimientos en dicha prueba. |
| Meta | Término señalado a una carrera. Fin a que se dirigen las acciones o deseos de una persona. |
| Método | Modo de decir o hacer con orden una cosa. Modo de obrar o proceder. Libro didáctico de tipo elemental dedicado a la enseñanza de disciplinas que requieren ejercitación . Orden, norma, regla, procedimiento para indagar hechos o verdades científicas. |
| Metodología | Ciencia del método. Parte especial de la lógica. |
| Multigravidez | Antecedente de 5 o más embarazos |
| Nefropatía | Cualquier enfermedad del riñón. |
| Objetivo | Objeto, fin o intento a que se dirige una acción u operación. |

| | |
|---|---|
| Olvido | Pérdida de información de la memoria o incapacidad para recordarla debido a la interferencia o a que las claves de recuperación son inadecuadas. |
| Ontología | Parte de la metafísica que estudia el ser en general, las substancias, las cosas en sí; teoría de los objetos; ciencia de las escencias. |
| Participante | Que participa. |
| Pedagogía | Arte de enseñar o educar a los niños. |
| Pedagogo | Maestro de escuela, perito en pedagogía. |
| Práctica | Ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a sus reglas. Destreza adquirida en este ejercicio. Uso continuado, costumbre o estilo de una cosa. Modo o método en las operaciones. Aplicación de una idea o doctrina; comprobación experimental de una teoría. |
| Programa | Sistema o distribución de las materias de un curso o asignatura. Conjunto de actividades realizadas para alcanzar una o varias metas. |
| Proyecto | Planta y disposición que se forma para un tratado o para la ejecución de una cosa. Designio de ejecutar algo. Conjunto de escritos, cálculos y dibujos para dar idea de cómo ha de ser y lo que ha de costar una obra de arquitectura o ingeniería. Plan. |
| Riesgo Obstétrico | Evento de la gestación ocurrido en una mujer que previo a su embarazo tenía factores de riesgo reproductivo. |
| Rol | Lista, nómina o catálogo. Galicismo, por papel de actor de carácter. |
| Sociología | Ciencia de la sociedad o de los fenómenos sociales considerados desde un punto de vista general. |
| Subyacente | Que yace o está debajo de otra cosa. |
| Sucesión | Entrada o continuación de una persona o cosa en lugar de otra. |
| Talento | Inteligencia, capacidad intelectual. Aptitud, capacidad para el desempeño o ejercicio de una ocupación. |
| Tamíz | Cedazo muy tupido. |
| Toxemia | Elevación súbita de la presión arterial durante el parto. |
| Tutor | Persona encargada de cuidar a otra de capacidad incompleta y de administrar sus bienes. Defensor, protector, director. |
| Unívoco | Aplíquese a lo que tiene igual naturaleza o valor que otra cosa. Dícese del término predicable a varios individuos con la misma significación. En Matemáticas, de un solo valor o modo. |

# ORGANIGRAMA

# ORGANIGRAMA 1